

2.504,



ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES

IZTACALA - U.N.A.M.

CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA

HABITOS ANORMALES MUSCULARES Y DE PRESION

ALMA MARISELA ARECHIGA DAVALOS
IRMA ORTEGA CERDA

Asesor: C. D. Juan José Méndez González



SAN JUAN IZTACALA, MEXICO

1984



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

Introducción.

CAPITULO I.--

1.1 Generalidades

Concepto.

Clasificación.

Etiología.

1.2 Diagnóstico.

1.3 Hábitos Orales.

A) Succión del Pulgar y Otros dedos.

B) Succión de Chupetes y Mamilas

C) Succión Labial

D) Succión de Carrillos

E) Lengua Protáctil

F) Deglución Anormal

G) Ceseo o Seseo

H) Respiración Bucal

I) Bruxismo

J) Onicofagia

K) Morder Cuerpos Extraños

L) Automutilación

M) Empuje de Frenillo

N) Hábito de Posición.

O) Imitación.

1.4 Clasificación de Maloclusión

CAPITULO II.-

Material y Métodos.

CAPITULO III.

Resultados.

CAPITULO IV.-

Conclusiones y Sugerencias.

B I B L I O G R A F I A.

I N T R O D U C C I O N

Siendo de relevante importancia en la vida humana los hábitos bucales porque pueden producir alteraciones morfofuncionales del sistema estomatognático que repercutirán en la vida psicológica y social del individuo, se decidió realizar un estudio para evaluar la incidencia y efectos de dichos hábitos.

Para efectos de nuestra investigación se hizo una revisión exhaustiva de la literatura, encontrándose gran número de estudios concernientes al tema, pero ninguno significativo de nuestro país.

Los hábitos son sinónimos de vida. Existen buenos y malos hábitos. Para la mayoría de los individuos, la existencia es una repetición del esfuerzo, si lo desviamos sirve solo para señalar que control ejercemos nosotros en la forma de los hábitos.

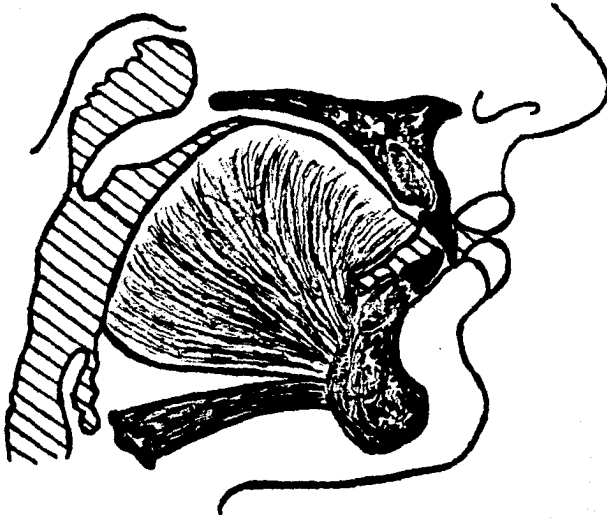
Los hábitos bucales son patrones aprendidos de contracciones musculares de naturaleza muy compleja, ciertos hábitos sirven como estímulo para el crecimiento normal de las estructuras orales, en tanto que los hábitos anormales pueden interferir con el patrón regular de crecimiento facial. Se debe de tomar en cuenta que este último tipo de hábitos pueden ser el resultado de factores de diversa índole; como psicológicos, respiratorios, de deglución, alimentación, --

etc.

Nuestro estudio se realizó en escuelas pertenecientes tanto a la comunidad rural como urbana, para así poder establecer una comparación entre ambas. Inicialmente se revisaron 500 niños, de los cuales al ser descartados aquellos -- que no cumplieron con los requerimientos necesarios, quedaron finalmente un total de 443 niños; 228 de la escuela urbana y 215 de la escuela rural.

Para la recopilación y procesamiento de los datos obtenidos se utilizaron los métodos Científico Experimental y Bioestadístico.

Una vez obtenidos los resultados, concluimos que cuando existe predisposición genética a una maloclusión y a esto se ve asociado un hábito oral de un alto índice de frecuencia, duración e intensidad, esto traerá como consecuencia una mayor acentuación en las alteraciones de la maloclusión.



**SISTEMA ESTOMATOGNATICO
EN EQUILIBRIO**

CAPITULO I

GENERALIDADES

"No es el dedo, ni un diente, ni un grupo de dientes lo que nos interesa sino el niño in-tegro, sus sentimientos y su personalidad, - con su plena potencialidad de vida y fruto - en el ambiente familiar y un medio social -- determinado; porque si mientras se están enderezando los dientes se está torciendo la personalidad del infante toda la validez del proceso será nula".⁴

La gran cantidad de hábitos que se presentan relaciona-dos con la cavidad oral, así como la inquietud que existe - por establecer su etiología y tratamiento, a despertado un gran interés entre las diferentes ramas profesionales médi-cas, en los últimos tiempos.

En la antigüedad no se le prestaba al niño la atención y los cuidados adecuados a su edad. Con el progreso de la - ciencia se fué dando mayor atención a la higiene mental y - física de los niños, de esta manera se dió un enfoque signi-ficativo a los hábitos bucales.

Entre las antiguas teorías psicológicas con fundamento científico referente a los hábitos orales está la Teoría -- Psicoanalítico enunciada por Freud,

Existe una gran polémica en cuanto a la etiología de los problemas de succión, ciertos autores consideran que el hábito debería tratarse por un psicólogo.

La palabra sexual no cambió en su denominación a partir de Freud, sino que amplió su significado. Para Freud el concepto sexual lo abarca todo. En su biografía se lee: "La sexualidad está divorciada de su conexión demasiado estrecha con los genitales y consideró como una función más amplia de cuerpo, que tiene como meta final el placer y secundariamente la reproducción". En términos generales podemos concluir que para la escuela freudiana el término sexual denota la obtención de placer en cualquiera de sus manifestaciones.⁴

Freud divide la infancia como periodos bucales y anales.

En cuanto a la teoría de la doble función postulada por Freud, establece que el niño desempeña la actividad de alimentación conjuntamente con la obtención de placer; así mismo menciona que el niño, a medida que va madurando psicológicamente tiende a desechar muchos de los hábitos autocráticos y placeres relacionados con las zonas erógenas, razón por la cual debe esperarse que el hábito desaparezca entre los dos y tres años de edad. Por eso debe suponerse que si persiste el hábito a los cinco o más años de edad, tendrá algún problema de tipo emocional.

La Terapia de la Conducta establece sin pruebas de lo

contrario que se podría suponer que detener el hábito será causa de problemas emocionales posteriores ó, peor aún, que la ansiedad y la tensión seguirán aumentando aún alrededor del niño. Esta teoría, en completa contradicción con la teoría Psicoanalítica, es atribuida a los estudios realizados por Spek y Wolpe (generalmente conocidos como Terapia de la Conducta). Según en recientes investigaciones, el doctor Kimble considera a los síntomas neuróticos como patrones de conductas adquiridas, los cuales, por alguna razón, llegan a ser inadaptados. Estos síntomas podrán ser de dos clases:⁴

- a) Exceso de reacciones condicionadas. Son adquiridos como respuestas a una motivación. Estos hábitos pueden estar bien encaminados en algunas ocasiones pero pueden llegar a ser indeseables en otras.
- b) Reacciones condicionadas deficientes. Son reacciones normalmente adquiridas por la mayoría de los individuos que viven en una sociedad a la cual se adaptan, pero que por alguna u otra razón no han sido adquiridos por todas las personas.⁴

Se han seleccionado algunas investigaciones de importancia en las que se correlaciona las maloclusiones dentales con los problemas de anomalías anatomofuncionales de la cavidad oral con respecto a la práctica de diversos tipos de hábitos orales los cuales se presentan a continuación en forma cronológica.

En 1921, Hellman estudió a 354 pacientes con maloclusiones; 90 eran succionadores de lengua, de labio o succionadores digitales; 219 observaban clase II. El estudio no especifico la edad de los pacientes.

En 1930, se estudiaron 170 niños de 9 años de edad; 70 tenían algún mal hábito bucal; 35 succionaban el pulgar. Se afirma que ésta es la causa de la maloclusión.

En 1938, Swenhart estudió la relación entre maloclusión y la succión digital. En 38 casos elegidos al azar encontró que 34 presentaban protrusión maxilar; 24 mordida abierta; 27 eran respiradores bucales; 22 eran clase I, y 4 eran clase II.

En 1945, Bliss estudió 300 niños y encontró que el 17% (51 niños) presentaban succión digital.

En 1964, Ray estudió a 32 personas comprendidas entre los 20 a los 60 años. Todas ellas presentaban problemas periodontales, mismo que el autor asocia a anomalías de la deglución.

En 1966, Baril y Moyers estudiaron 24 casos con maloclusiones y en ellas encontraron que 10 personas presentaban deglución infantil; 9 deglución de adulto y el resto - deglución mixta.

En 1967, Blin estudió a 100 individuos, y encontró -- que 56 presentaban hábitos orales de lengua.

En 1968. Leach examinó a 500 niños, cuyas edades fluctuaban entre los 2 y 13 años de edad. Estudió las anomalías maxilares y la conducta bucofacial de esos niños; 216 presentaron deglución atípica; 125 interposición lingual y con tracciones labiales y 30 eran respiradores bucales.

En 1969, apareció uno de los trabajos más concluyentes, publicado por Straub, quien estudió 478 casos de los cuales todos presentaban deglución atípica y maloclusión; 171 presentaron succión digital.

En 1971, Ward estudió 358 casos, de los cuales 136 ... eran succionadores digitales, 170 presentaban maloclusiones y 26 presentaban deglución atípica.

En 1973, Kortsch examinó 660 casos; 106 eran succionadores digitales; 134 presentaban deglución atípica; 18 presentaban amígdalas inflamadas; 64% trastornos de la deglución y la palabra; en 55 casos se encontró succión de pulgar, deglución atípica y dislalia.

En 1976, Tani publicó una estadística sobre 2 324 niños de edades de los 6 a los 10 años; 416 presentaron mordida abierta.

En 1977, Garliner estudió a un grupo de 985 niños con problemas de deglución atípica y maloclusiones y llegó a la conclusión de que este problema se encuentra íntimamente ligado a la deficiente alimentación materno infantil.⁴

En 1980, Simón Cheirif y Samuel Rajunov realizaron 500 entrevistas a madres mexicanas de un nivel socioeconómico alto, cuyos hijos fluctuaban entre los 3 y 18 años. Entre los resultados obtenidos se encuentran el bajo conocimiento del público en general con respecto a la etiología de los hábitos y en relación a las terapias utilizadas para desalojar los malos hábitos, las más difundidas fueron las trampas linguales y de otros tipos con un 24.3%.⁴

Con todo esto podemos ver que a lo largo de la historia han existido personas brillantes y extraordinarias que se han dedicado al estudio del niño en sus dos aspectos: biológico y psicológico. La correcta interrelación de estos dos aspectos fundamentales mantiene el equilibrio del niño, y cuando uno de estos dos factores se ve alterado por la influencia del medio ambiente que lo rodea o por la influencia genética, se produce un desajuste pudiendo establecerse un problema como lo es el de hábitos bucales, que es uno de los principales problemas que se presentan en un niño, y que nosotros como odontólogos debemos de prevenir oportunamente y tratar cuando sea necesario.

CONCEPTO, CLASIFICACION Y ETIOLOGIA.

Un hábito en general se define como la práctica fija - producto de la constante repetición de un acto. Entre más constante sea esta repetición, se va haciendo menos consciente hasta llegar a ser completamente inconsciente.

Todos los hábitos bucales son patrones aprendidos de contracciones musculares de naturaleza muy compleja. Ciertos hábitos sirven como estímulo para el crecimiento normal de los maxilares; por ejemplo, la acción normal del labio y la masticación correcta. Los hábitos anormales que pueden interferir con el patrón regular de crecimiento facial, deben diferenciarse de los hábitos normales deseados, que son una parte de la función orofaríngea normal y juegan así un papel importante en el crecimiento craneo facial y en la fisiología oclusal. Los hábitos que deben preocuparnos son aquellos que pueden estar implicados en la etiología de la maloclusión. Los patrones habituales deletereos de conducta muscular, a menudo están asociados con crecimiento óseo pervertido o impedido, malposiciones dentarias, hábitos respiratorios perturbados, dificultad en la dicción, equilibrio alterado en la musculatura facial y problemas psicológicos. Por lo tanto no se puede corregir la maloclusión, sin ocuparse de los hábitos.²¹

Los hábitos perniciosos pueden ser definidos como: "destructivos o muy lesivos" de la "integridad de los dien-

tes, sus estructuras de retención y soporte, la lengua, membranas mucosas, la articulación temporomandibular, etc." Estos hábitos pueden afectar el uso de los músculos inherentes a la cavidad bucal o utilizar otras partes del cuerpo u objetos extraños en patrones de hábitos exógenos. Puede considerarse inconsciente la motivación de los hábitos inherentes y se les puede relacionar más con gratificaciones emocionales que los hábitos que suponen fuerzas u objetos externos a la boca. Por lo común, se puede consignar que es más fácil eliminar los hábitos exógenos, que han sido los factores etiológicos en la malposición dentaria que los inherentes a la cavidad bucal. Es importante hacer esta distinción cuando se trata del pronóstico de las medidas correctoras.

Dentro de los hábitos inherentes se encuentran: hábitos de lengua, succión de carrillos, succión de labios, bruxismo, deglución, empuje de frenillo y ceseo.

Dentro de los hábitos exógenos tenemos: onicofagia, succión del pulgar y otros dedos, succión de chupetes y mamilas, mordedura de cuerpos extraños, automutilación, y hábito de posición.¹⁷

Otra forma de clasificación de hábitos es: hábitos no compulsivos y compulsivos.

Hábitos no compulsivos. Los niños experimentan continuas modificaciones de conducta que les permite desechar

ciertos hábitos indeseables y formar hábitos nuevos y aceptables socialmente. El éxito inicial puede reforzar los nuevos patrones, o se pueden lograr cambios por medio de lisonjas, alagos y en ciertos casos amenazas de castigo fuerte por parte de los padres.

El modelo sutil o no sutil de la personalidad del niño continúa en la madurez, al verse sometido a presiones externas por parte de sus padres, de sus compañeros de juego o de clase. Los hábitos que se adoptan o abandonan fácilmente en el patrón de conducta del niño, al madurar este, se denominan no compulsivos. De estas situaciones no resultan generalmente reacciones anormales en las que el niño está siendo entrenado para cambiar de un hábito personal antes aceptable, a un nuevo patrón de conducta más consistente con su mayor nivel de madurez y responsabilidad.¹⁴

Hábitos compulsivos. Generalmente se concuerda en afirmar que un hábito bucal es compulsivo cuando ha adquirido una fijación en el niño, al grado de que este acude a la práctica de ese hábito cuando siente que su seguridad se ve amenazada por los eventos ocurridos en su mundo.

Tiende a sufrir mayor ansiedad cuando se trata de corregir ese hábito. Debe aclararse que estos hábitos compulsivos expresan una necesidad emocional profundamente arraigada. Realizar el hábito le sirve de escudo contra la sociedad que le rodea. Es su válvula de seguridad cuando las presiones emocionales se vuelven demasiado difíciles de so-

portar. Literalmente se retrae hacia sí mismo, y por medio de las extremidades corporales aplicadas a su boca, puede lograr la satisfacción que ansía.¹⁴

Aunque las etiologías específicas de los hábitos bucales compulsivos son difíciles de aislar, algunos autores opinan que los patrones iniciales de alimentación pueden haber sido demasiado rápidos, o que el niño reciba poco alimento en cada toma. También puede haberse producido demasiada tensión en el momento de la alimentación, y así mismo se ha acusado al sistema de alimentación por biberón.

De igual modo, se acepta generalmente que la inseguridad del niño producida por falta de amor y ternura maternas, juegan un papel importante en muchos casos.¹⁴

Dentro de las clasificaciones más actuales para hábitos bucales y considerada como una de las más prácticas está la siguiente:

- I.- Hábitos correspondientes a perversiones de los procesos fisiológicos normales.
 - a) Hábitos de succión.
 - b) Hábitos anormales de la respiración.
 - c) Hábitos anormales de la deglución.
 - d) Hábitos anormales de la fonación.

II.- Hábitos diversos:

De la lengua, de las mejillas, introducir cuerpos ex-

traños en la cavidad oral, morderse las uñas, etc.

III. - Hábitos de postura:

Presiones anormales, malos hábitos al dormir o estudiar, mímica, etc.⁴

ETIOLOGIA.

Dentro de las principales causas que provocan hábitos anormales están:

- A) Imitación de otros niños que practican el hábito.
- B) Celos producidos por alguna diferencia que trato en el hogar.
- C) Dificultades y conflictos familiares.
- D) Presión en el trabajo escolar.
- E) Ansiedad producida por el exceso de actividad propia de las grandes ciudades.
- F) Programas impropios de violenciu o terror no aptos para menores.
- G) Molestias que causan la erupción de los primeros dientes.
- H) Falta de satisfacción oral en la forma de alimentación.
- I) Deficiencias respiratorias.
- J) Problemas del lenguaje.
- K) Problemas de deglución, etc.⁴

DIAGNOSTICO

El diagnóstico debe ser una descripción explícita y clara del trastorno presentado por el enfermo. La historia clínica, examen clínico, modelos de estudio, fotografías clínicas y estudios radiográficos proporcionarán los hechos esenciales y necesarios para llegar a un diagnóstico.

HISTORIA CLINICA.

La historia clínica del paciente es, en realidad, una biografía médica de la vida del enfermo, en la que se da atención a trastornos físicos, trastornos emocionales, caracteres hereditarios, hábitos y medio ambiente que lo rodea. Su elaboración debe llevarse a cabo en forma sistemática y ordenada de tal manera que facilite la recolección de datos.

La historia clínica puede dividirse en:

- 1) Ficha de identificación.
- 2) Antecedentes:
 - a) Antecedentes hereditarios y familiares.
 - b) Antecedentes personales no patológicos.
 - c) Antecedentes personales patológicos.
- 3) Síntomas generales.

Interrogatorio por aparatos y sistemas:

- a) Digestivo.
 - b) Respiratorio.
 - c) Circulatorio.
 - d) Génito-urinario.
 - e) Hemático y Linfático.
 - f) Endócrino.
 - g) Nervioso.
 - h) Músculo-esquelético.
 - i) Piel, mucosas y anexos.
- 4) Padecimiento actual.
 - 5) Exámen clínico:
 - a) Exámen físico.
 - b) Exámen bucal.
 - c) Exámenes suplementarios.

MÓDELOS DE ESTUDIO.

Los modelos de estudio son el positivo de una impresión tomada en forma adecuada al paciente. Están hechos de yeso y deberán ser montados en un articulador. Estos modelos de estudio tomados en un momento determinado constituyen un registro permanente ligado al tiempo.

La mayor parte de los datos sacados de los modelos de estudio sirven para confirmar y corroborar las observaciones realizadas durante el exámen bucal y compararlos con los datos adicionales tomados de las radiografías intraorales y cefalométricas.

En cada visita posterior debemos sacar los modelos de estudio y comparar el estado actual de la boca con el estado de la misma cuando fueron tomados dichos modelos. Esto es el mejor tipo de odontología, un principio preventivo e interceptivo además de correctivo.

ESTUDIOS RADIOGRAFICOS.

La radiografía tiene aplicaciones necesarias en la práctica odontológica y la información que se obtiene sobre las estructuras básicas es extremadamente valiosa para el diagnóstico y evaluación de hábitos bucales, por que ésta información, en su mayor parte, no puede ser obtenida por ningún otro medio a la disposición del odontólogo.

El exámen radiográfico puede dividirse básicamente en tres categorías especiales:

- 1) Exámen general de la boca.
- 2) Exámenes especiales.

1) Exámen general de la boca.

Este tipo de exámen deberá realizarse en la primera visita y se llevará a cabo periódicamente, consta de radiografías periapicales de todos los dientes presentes en la boca, como suplemento del exámen deberán tomarse radiografías de aleta mordible y películas oclusales.

2) Exámenes especiales.

Estos se realizan generalmente para proporcionar un -- área de información específica y mostrar estructuras que no se ven en las radiografías dentales normales.

Entre los exámenes especiales tenemos la radiografía - cefalométrica y la extraoral.

FOTOGRAFIA CLINICA.

Las fotografías intraorales y extraorales son un com-- plemento para el establecimiento de un diagnóstico adecuado.

Las interpretaciones hechas sobre las fotografías debe-- rán ser comparadas con otros datos obtenidos durante el - - diagnóstico.

Es recomendable tener fotografías de nuestros pacien-- tes que desarrollan hábitos bucales, tanto de frente como - de perfil, antes y después del tratamiento ya que esto nos _ ayuda a darnos cuenta de lo que un hábito bucal puede provo-- car en la apariencia facial del paciente y el cambio experi-- mentado con la eliminación del hábito.

H Á B I T O S O R A L E S

A continuación se describen cada uno de los hábitos que se tomaron en consideración para la realización de este trabajo.

A) SUCCION DEL PULGAR Y OTROS DEDOS.

B) SUCCION DE CHUPETES Y MAMILAS.

Entre las antiguas teorías referentes a los hábitos orales una de las más importantes es la enunciada por Freud.

Existe una gran polémica en cuanto a la etiología de los problemas de succión, ciertos autores consideran que el hábito debiera tratarse por un psicólogo.

La palabra sexual no cambió en su denominación a partir de Freud, sino que amplió su significación. Para Freud el concepto sexual lo abarca todo. Así es como Freud ejemplifica el chupeteo del pulgar en un infante como una caracterización de placer sexual, que estudiado por Serba dice lo siguiente: "Un niño chupetea el pulgar con labios y carrillos sin obtener por ello ningún tipo de gratificación, desde el punto de vista de autoconservación. Es en el acto mismo de chupeteo que se puede observar reacciones propias del acto sexual adulto, los niños chupetean sus dedos en forma rítmica, al igual que la mayoría de los actos sexuales adultos, con el mismo movimiento, iniciándose en un movimiento lento

para luego incrementarse en el punto de excitación y posteriormente decrecer".

La analogía que existe entre la succión y el acto sexual adulto es, sin duda la búsqueda del placer en ambos casos. Quién haya podido observar la calma que invade al infante después de haber chupado el dedo deberá reconocer que existe cierta similitud con la que invade al adulto después de copular. Si se pregunta a un niño de corta edad, por qué se chupa el dedo, seguramente responderá "Porque me agrada".

Como primera manifestación de sexualidad en el infante se vera la necesidad de obtener placer a través de su boca. La succión, aunque para muchos sea la necesidad relevante de obtener alimento, será también un requerimiento psicológico del niño.

Al succionar el pecho el niño no solo satisface su necesidad de alimentación sino que adquiere la primera sensación de captar el mundo exterior. Trata de integrar las sensaciones de todo lo que lo rodea, por medio de su único medio posible: su boca.

"Su sentido de seguridad está relacionado con su boca" dice la pediatra Margaret Ribble, al referirse a la importancia de la etapa oral.

Aún cuando la teoría psicoanalítica es aceptada por gran número de psicólogos y psiquiatras contribuirá en muy

poca escala al entendimiento de la problemática de la succión digital.⁴

Engel afirmaba que la observación directa de los niños en su primer año de vida revelaba que su organización era esencialmente búcal y de tacto.

El reflejo de succión influye en situaciones iniciales de aprendizaje y en el desarrollo psíquico del niño. El pulgar mantenido en la boca se vuelve el sustituto del pecho materno, con esto se desarrolla la independencia o separación de la madre.

Otra de las teorías psicológicas existentes además de la ya mencionadas, afirma que los hábitos como el de succión digital, es sólo un signo que indica un problema emocional profundo.

Otra teoría es la del aprendizaje, que indica que el hábito de succión digital es aprendido y que en general no hay ninguna neurosis asociada al hábito.

Existen factores que pueden causar la succión temprana del pulgar, como son:

- 1) El que un niño no tenga suficiente succión al mamar o al tomar su biberón, por lo que no satisface su instinto de succión.
- 2) El que el niño no tenga suficiente atención y cuidados,

ocupando así el tiempo que está despierto en succionar - su pulgar.

Por estos factores se debe considerar lo siguiente:

El número de veces que se realiza la amamantación y el tiempo que toma en realizarse cada una de ellas.

Cuando el bebé lleve su mano a la boca por primera vez, es por que su necesidad de alimentación es mayor, así si un niño muy pequeño empieza a tratar de succionar su pulgar, o sus otros dedos no se le debe detener en forma directa, sino que debe recibir mayor oportunidad de alimentarse. Se recomienda un mínimo de media hora por intervalo en la amamantación. Se recomienda que el destete sea pospuesto por lo menos hasta el primer cumpleaños.

El instinto de succión es más fuerte en los primeros - 3 meses de vida, y va disminuyendo gradualmente.

Probablemente todos los bebés succionen el pulgar u -- otros dedos cuando empiezan a erupcionar sus dientes, no -- considerandose esto como hábito. Si el bebé comenzara a ser succionador digital, succionará su dedo por un espacio de - tiempo largo durante los periodos de erupción dental.¹⁶

Investigaciones recientes indican que no se ha dado suficiente atención a la succión de gratificación, asociada a la lactancia natural. Al buscar únicamente un aparato eficaz para beber leche, los fabricantes de biberones han igno

rado la fisiología básica del acto de mamar, en la lactancia natural las encías se encuentran separadas, la lengua es llevada hacia adelante a manera de émbolo de tal manera que la lengua y el labio inferior se encuentran en contacto constante, el maxilar inferior se desplaza rítmicamente hacia abajo y arriba, hacia adelante y atrás, gracias a la vía condilar plana, cuando el mecanismo del buccinador se contrae y relaja en forma alternada, el niño siente el calor agradable del seno. El calor y los mimos de la madre aumentan la sensación de euforia, así encontramos que el hombre todavía no ha encontrado un sustituto para el amor, afecto y el calor por asociación.

La tetilla artificial corriente sólo hace contacto con la membrana mucosa de los labios, falta el calor por asociación y la fisiología de la lactancia no es imitada debido al mal diseño la boca se abre más y se exige demasiado al mecanismo del buccinador. La acción de émbolo de la lengua, y el movimiento rítmico del maxilar es reducido. El mamar se convierte en chupar; y debido al gran agujero en el extremo de la tetilla artificial, el niño no tiene que realizar demasiado esfuerzo para alimentarse por lo que no tiene que trabajar y ejercitar el maxilar inferior como lo hace al mamar, y este tipo de tetillas y biberones blandos contribuyen a reducir aún más el tiempo necesario para la lactancia.¹⁶

Se hicieron estudios que sugirieron la existencia de -

una asociación inversa entre el hábito de succión digital y la duración de la amamantación. En estos estudios fueron incluidos edad, número de miembros de la familia y la duración de la amamantación y se encontró que los niños que usaban chupón succionaban sus dedos aunque no fué así en todos los casos, por esto se cree que es recomendable pedir a los padres y enfermeras, que den chupones a los niños, ya que el daño que se produce cuando un niño succiona sus dedos, es mayor que si succionara un chupón. también se observó que a mayor edad los niños van eliminando gradualmente el hábito y que cuando hay una amamantación prolongada, la succión digital es menor o no existe. además fue reportado que el tamaño de la familia no se asocia con los hábitos bucales y que los niños únicos usualmente succionan un chupón y no un dedo. Al respecto fue sugerido que al dar un chupón a un niño primogénito puede significar para él un acto de indulgencia que puede ser subjetivo para otros niños.

Según Brody, muchos niños dejaron el hábito en sus años preescolares, pero algunos lo conservaron durante sus años escolares y a veces en la edad adulta.

Un estudio realizado con computadora apoya las observaciones de Anderson de que los niños amamantados en forma natural están mejor ajustados y poseen menos hábitos musculares peribucuales anormales y conservan menos mecanismos infantiles.

Para proporcionar una copia fiel del seno humano, fué diseñada una tetilla de latex, que funcionalmente elimina las características negativas de los componentes no fisiológicos anteriores provocando así la misma actividad funcional que la lactancia natural y para satisfacer el fuerte deseo del niño para la euforia, fue perfeccionado el ejercitador ó pacificador (chupete). Se espera que con todo lo anterior se reduzca considerablemente la necesidad y el deseo del niño de buscar ejercicios suplementarios, volviendo al dedo y al pulgar entre las comidas y la hora de dormir.¹⁶

Si la lactancia se realiza con la tetilla artificial fisiológicamente diseñada, junto con el contacto materno y los mimos se cree que la frecuencia de los hábitos prolongados de chuparse los dedos serán reducidos significativamente así como los labios y la lengua, probablemente también el bruxismo y la bricomania, al obtenerse gratificación y satisfacción sensorial durante el acto de alimentación.

Aún cuando los padres utilicen tetillas y chupones fisiológicamente diseñados para la alimentación de sus hijos, no es recomendable que su uso exceda más allá del primer año de vida del niño, ya que su uso se convertirá en hábito, el cual será difícil de eliminar, y mientras mayor sea la frecuencia y duración de este mayor será la alteración morfofunción provocada a la cavidad oral. Por otra parte no es recomendable el uso excesivo de endulzantes en los biberones.

nes y chupones porque esto contribuye a la instalación e incremento del proceso carioso pudiendo llegar en casos extremos a presentarse el Síndrome de Biberón.¹⁶

Cuando se intenta modificar el hábito, algunos niños - aceptarán la restricción buscando formas más maduras de comportamiento, pero muchos por el contrario no lo harán y el hábito se acentuará de tal forma que no desaparece por sí - solo como lo hubiere hecho si no se intenta modificarlo. El fracaso de los intentos mal aconsejados para eliminar el hábito o la continua vigilancia del niño para sacar el dedo de la boca da a los niños un arma poderosa, un mecanismo para atraer la atención.¹⁶

En niños más grandes la succión digital todavía satis- face una necesidad, pero no es más duradera que la simple necesidad de succionar, una necesidad de comodidad. Es raro observar niños que tienen un año de edad y que succionan su pulgar por primera vez.

A pesar de lo anterior, debemos recordar que no todos los niños que succionan su pulgar son un problema, ya que - muchos succionadores no parecen necesitar un cambio en sus cuidados. Contrariamente hay quienes afirman que en general los niños de edad que practican un hábito bucal es porque - algo malo pasa en ellos.

La succión del pulgar es con frecuencia la principal - manifestación de la inseguridad del niño o de su mala adap- tación. El problema de succión digital puede no ser un sín- toma aislado, sino uno de los varios síntomas relacionados con conflictos e inestabilidad emocional, resultantes de .. una serie de acontecimientos pasados, pudiendo realizarse de diferentes formas.

Trisman y Traisman observaron 2 650 bebés y niños desde el nacimiento hasta los 16 años, de este número, el 45.6% se succiónó los pulgares en algún momento durante el período de observación. Pero un 75% comenzó durante los tres primeros meses de vida y aproximadamente el 25% restante comenzó durante el resto del primer año. La edad promedio en que se interrumpió el hábito fueron los 3.8 años. Algunos lo dejaron sólo a los 12 - 15 años.¹⁶

Efectos bucales.

Durante los tres primeros años de vida, la experiencia ha demostrado que el daño o la oclusión se limita principalmente al segmento anterior. Este daño es generalmente temporal, siempre que el niño principie con oclusión normal. La morfología original es muy importante, porque existe mucha controversia sobre los daños que puede provocar el hábito de succión. Debido a que algunos de los daños producidos por este hábito son similares a las características de maloclusión hereditaria típica de clase II, división I, es fácil pensar que el maxilar inferior retrognático, segmento premaxilar prognático, sobremordida profunda, labio superior flácido, bóveda palatina alta y arcadas dentarias estrechas son el resultado de chuparse los dedos. Quizá la morfología de los dientes y los tejidos circundantes varíe poco en la maloclusión de clase II, división I, exista o no el hábito de chuparse los dedos. Si el niño posee oclusión normal y deja el hábito al tercer año de la vida, no suele hacer más que reducir la sobremordida vertical, aumentar la

sobremordida horizontal y crear espacios entre los incisivos superiores. También puede existir leve apiñonamiento o malposición de los dientes anteriores inferiores.¹⁶

Teóricamente, es posible crear una serie de hechos que atribuyan la protrusión total maxilar al hábito de chuparse los dedos, con el aumento de presión del mecanismo del bucinador activando el refe pterigomaxilar justamente detrás de la dentición y desplazando los dientes superiores hacia adelante. En la práctica, aunque vemos mordidas abiertas se veras, mordidas cruzadas vestibulares, protrusión de los dientes anteriores superiores y apiñonamiento de los incisivos inferiores, es poco probable que la relación bilateral de los segmentos vestibulares de clase II puede ser atribuida al hábito de chuparse los dedos. Es factible que la proyección compensadora de la lengua, patrones infantiles de deglución y función anormal de la musculatura peribucal sean auxiliares poderosos, aun en los casos de maloclusión unilateral de clase II asociados con el hábito de chuparse los dedos. También con un plano terminal al ras que es normal en la dentición decidua, junto con una mordida más profunda que lo normal, se requiere menos movimientos de los dientes para crear una relación de clase II.

Estas observaciones son apoyadas por las investigaciones electromiográficas. El comportamiento altamente individualista de los músculos impide establecer una relación directa de causa y efecto entre el patron muscular y la malo-

oclusión.¹⁶

La presencia de la deformación de la oclusión puede aumentar en los niños que persisten en el hábito más allá de los tres años y medio. Como ha sido mencionado anteriormente, esto no se debe en su totalidad al hábito de dedos y pulgar, sino al auxilio importante de la musculatura peribucal. El aumento de la sobremordida horizontal que acompaña a tantos hábitos de dedo dificulta el acto normal de la deglución.

En lugar de que los labios contengan a la dentición durante la deglución, el labio inferior amortigua el aspecto lingual de los incisivos superiores, desplazándolos aún más en dirección anterior. La deglución exige la creación de un vacío parcial. Como deglutimos una vez por minuto durante todo el día, las aberraciones musculares de los labios son auxiliadas por la proyección compensadora de la lengua durante el acto de la deglución. Existen buenas pruebas clínicas de que la maduración de la deglución se retarde en chupaderos confirmados. El acto infantil de deglución, con su actividad a manera de émbolo, persiste, o se prolonga demasiado el período transicional, con una mezcla de ciclos de deglución infantiles y maduros. Este puede ser el mecanismo deformante más significativo. El hábito puede ser relativamente inocuo en su duración e intensidad (quizá solamente a la hora de dormir), pero el hábito de lengua continúa adaptándose a la morfología, por lo que la lengua no se

retrae adecuadamente. La función anormal del músculo borla de la barba y la actividad del labio inferior aplanan el segmento anterior inferior. De especial interés es el músculo borla de la barba durante la posición de descanso y durante la función. Por esto, la deformación prosigue de manera más constante que la que hubiera sido posible con un hábito de dedo confirmado. El verdadero peligro, por lo tanto, es cambiar la oclusión lo suficiente para permitir la actuación de las fuerzas musculares potentes y crear una maloclusión franca. Son estas fuerzas pervertidas las que crean mordidas cruzadas laterales y bilaterales asociadas con los hábitos de dedo.¹⁶

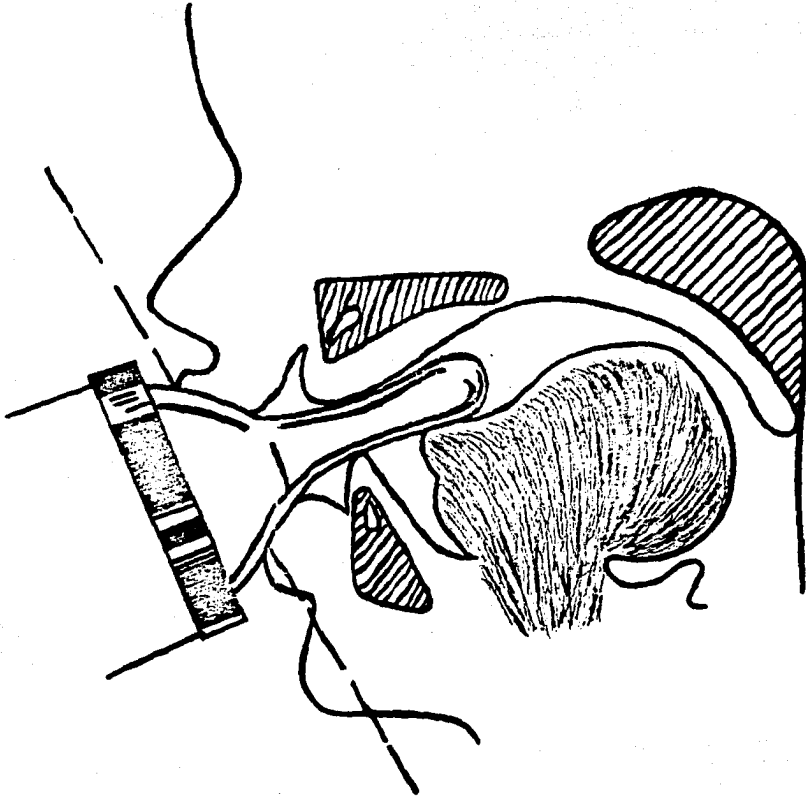
La duración de este hábito más allá de la primera infancia no es el único factor determinante. Igualmente importantes son otros dos factores. La frecuencia del hábito durante el día y la noche afecta el resultado final. El niño que chupa esporádicamente solo cuando se va a dormir causará menos daños que aquel que continuamente tiene el dedo dentro de la boca. La intensidad del hábito es importante. En algunos niños el ruido producido al chupar puede escucharse hasta la habitación proxima. La función muscular peribucal y las contorciones de la cara son fácilmente visibles. En otros, el hábito del pulgar no es más que la inversión pasiva del dedo en la boca sin actividad visible del buccinador. Si el dedo índice es el favorito, causará mayores daños si la superficie dorsal del dedo descansa a manera de fulcro sobre los incisivos inferiores que si la

superficie palmar se encuentra engarzada sobre los mismos dientes, con la palma del dedo colocada sobre el piso de la boca. El dedo mismo puede mostrar los efectos del hábito,¹⁶

Esto, por lo tanto, constituye el trío de factores que deberán ser reconocidos y evaluados antes de poder contestar la pregunta acerca de la extensión de los daños a dientes y tejidos de revestimiento. La duración, frecuencia e intensidad este trío de factores deberán calificar las conclusiones del psiquiatra, el pediatra y el dentista. La morfología inicial y el patrón dentofacial inherente condicionan aun más cualquier predicción de la oclusión final. Si un niño ya posee una maloclusión inherente de Clase II, división 1, los daños causados por el hábito y la función muscular peribucal pueden presentarse más pronto y en mayor grado. Debemos recordar que normalmente existe una relación plena de los planos terminales de los primeros molares permanentes con relación borde a borde de las cúspides, hasta la pérdida de los molares deciduos y la eliminación del espacio libre interoclusal, esto es en realidad una tendencia transicional a la clase II: siempre existe la posibilidad de que los hábitos de dedo confirmados tirando hacia adelante sobre la dentadura superior pueden provocar la creación de maloclusión unilateral de clase II en la dentición permanente. La actividad prolongada del dedo, lengua y labio solo aumenta esta posibilidad.¹⁶



SUCCION DIGITAL



SUCCION DE CHUPETES Y MAMILAS

C) SUCCION LABIAL.

Este hábito frecuentemente es un sustituto de los dedos, pero existen casos en los que este hábito es primordialmente un tic neuromuscular ó como dicen las madres "hábito nervioso". Generalmente se presenta en la edad escolar cuando apelar al buen juicio y la cooperación del niño puede lograr el abandono de éste.

Se ha mencionado que la actividad anormal del labio y la lengua con frecuencia se asocia con el hábito de dedo.

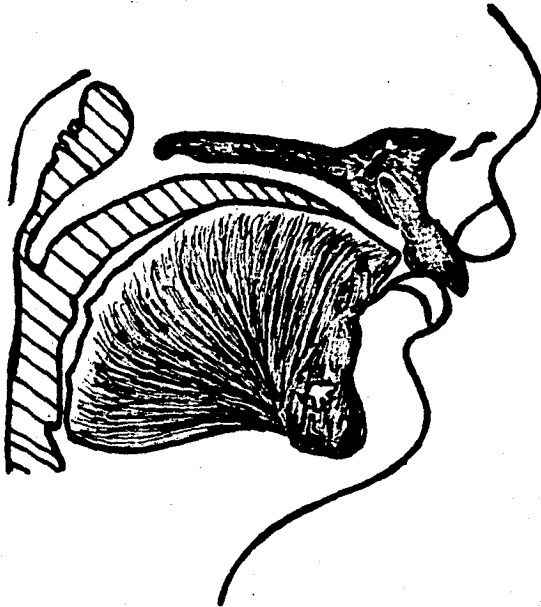
Si la maloclusión es provocada por el primer ataque a la integridad de la oclusión, ejemplo, chuparse los dedos, se desarrolla actividad muscular de compensación y se acentúa esta deformidad. Con el aumento de la sobremordida horizontal se dificulta al niño cerrar los labios correctamente y crear la presión negativa requerida para la deglución normal. El labio inferior se coloca detrás de los incisivos superiores y se proyecta contra las superficies linguales de los incisivos superiores por la actividad anormal del músculo borla de la barba. El labio superior ya no es necesario para llevar a cabo la actividad a manera de esfínter, en contacto con el labio inferior, como sucede en la deglución normal; este permanece hipotónico, sin función, y parece ser corto o retraído. A esta afección se le denomina postura de descanso incompetente del labio. Debido al intento para crear un sellado labial anterior, existe una

fuerte contracción del orbicular y del complejo del mentón.

Muchos niños que al chuparse el labio inferior o morderlo reciben la misma satisfacción sensorial previamente obtenida del dedo, espontáneamente dejan el hábito del dedo por el nuevo, más conveniente pero desgraciadamente más poderoso.

La succión labial puede verse también acompañada de succión pulgar. En casi todos los casos es el labio inferior el implicado, aunque también se ha observado hábitos de mordedura del labio superior.

El mordisqueo del labio se caracteriza por la aplicación de una fuerza en dirección lingual contra los incisivos inferiores y una intensa fuerza vestibular contra los incisivos superiores. Este hábito se da con mayor facilidad en individuos que tienen clase II con entrecruzamiento y resalte anterior marcado, esto tenderá a acentuar esa relación si comenzó temprano.¹⁶



SUCCION LABIAL

D) SUCCION DE CARRILLOS.

Este hábito se practica tanto unilateral como bilateralmente. La succión de los carrillos ocasiona un aplastamiento lateral de las arcadas, generalmente se acompaña con el hábito de morderlos que acarrea la intraversión de los sectores dentarios correspondientes. La mucosa del carrillo, presenta un pronunciado relieve y las depreciones dentarias correspondientes. Si existe durante el desarrollo de la dentición da como resultado una mordida abierta de la zona molar y/o premolar. También se le considera como causante de la mordida clase I tipo 4 (relación mordida cruzada posterior que involucra uno o más dientes). La eliminación de este hábito, aún en adultos, puede producir la corrección espontánea de la maloclusión.¹⁷

E) LENGUA PROTACTIL.

El hábito de proyectar la lengua hacia delante y chuparla, es debido a la sensación de placer que le proporciona al niño.

La acción a manera de émbolo, muy similar al acto de mamar, se considera una inversión o una característica residual de este mecanismo infantil, existen algunas pruebas que indican que el hábito de proyectar la lengua hacia delante es la retención del mecanismo infantil de mamar. Con la presencia del hábito de dedo a manera de chupete "interconstruido", el patrón de la deglución madura no se desarrolla según está previsto. Con la erupción de los incisivos a los 5 ó 6 meses de edad, la lengua no solo se retrae como debería hacerlo y continúa proyectándose hacia delante. La posición de la lengua durante el descanso es también anterior. Puede existir un período transicional prolongado, así lo afirmó Baril y Moyers denominado patrón de deglución infantil ó maduro a distintos tiempos.¹⁶ Investigaciones efectuadas por Anderson y Moyers demuestran que la lengua proyectada hacia delante constituye un residuo del hábito de chuparse los dedos. Anderson en su estudio encontró que el 54.2% de los niños con hábito de lengua tenían antecedentes de chuparse los dedos. Entre los que solo presentaban el hábito de lengua, solo 25% poseían antecedentes de chuparse el pulgar o los demás dedos, también se hicieron in-

vestigaciones con respecto a la relación que existe entre - el hábito de lengua con la lactancia natural y artificial, - los resultados indican que existe una correlación positiva, con mayor tendencia a este hábito en el grupo alimentado ar tificialmente.

Sea cual sea la causa del hábito de lengua (tamaño, -- postura ó función), también funciona como causa eficaz de -- la maloclusión. En algunos casos, al proyectar la lengua -- continuamente hacia delante, aumentando la sobremordida ho- rizontal y la mordida abierta, las porciones periféricas ya no descansan sobre las cúspides linguales de los segmentos _ vestibulares. Los dientes posteriores hacen erupción y len- tamente eliminan el espacio libre interoclusal. La dimen- sión vertical de descanso y la dimensión vertical oclusal - son iguales, con los dientes posteriores en contacto en to- do momento. Esta no es una situación sana para los dien- tes, un efecto colateral puede ser el bruxismo o la bricom- nia; otro es estrechamiento bilateral del maxilar superior_ al descender la lengua en la boca, proporcionando menos so- porte para la arcada superior. Clínicamente, esto puede ob- servarse como mordida cruzada bilateral, con desplazamiento hacia un lado ó hacia el otro, al desplazarse el maxilar in ferior lateralmente bajo la influencia de los dientes.¹⁶

Es importante considerar el tamaño de la lengua, ejem- plo macroglosia (Lengua grande), así como su función, otros de los factores que influyen en este hábito posiblemente

son presencia de amígdalas hipertroóficas y adenoides.

Moyers y Linder-Aronson han demostrado que el hábito de proyectar la lengua hacia delante puede ser consecuencia de desplazamiento anterior de la base de la lengua.

En resumen se mencionan unas de las secuelas más comunes del hábito de proyección de lengua: mordida abierta, debido al tamaño y fuerza de la lengua, diástema en anteriores y un incremento del crecimiento mandibular.¹⁶

F) DEGLUCION ANORMAL.

Para comprender el proceso de la deglución anormal, comenzaremos por explicar la deglución normal. Según Straub es aquella en la cual los músculos de la masticación se emplean para llevar a estrecho contacto dientes y maxilares y mantenerlos así durante todo el proceso. La deglución típica se produce con los dientes en oclusión y con la punta de la lengua contra las caras linguales de los incisivos superiores y la porción anterior del paladar. La lengua puede funcionar mejor cuando su punta y sus lados pueden ser forzados contra el paladar duro rígido y los dientes ocluidos. La fuerza de la lengua contra los dientes desde adentro de los arcos dentarios es compensada normalmente por la acción de la musculatura de los carrillos y labios. Si la fuerza de la lengua excede las fuerzas compensatorias ejercidas por otras estructuras, el resultado final será un cambio en la posición y la relación de los dientes.

En el hábito anormal de deglución, en cambio, los músculos de la masticación no son utilizados para poner en contacto los maxilares. Primero la lengua es proyectada hacia delante, entre los dientes; después, los músculos de la masticación ponen en contacto los maxilares hasta que los dientes superiores e inferiores tocan la lengua. En la mayoría de los casos, sólo la punta de la lengua está involucrada con mordida abierta en sólo la región incisiva y canina en otros, además de la punta interponen los labios de la len-

gua. Esta ubicación provoca mordida abierta en las zonas ca
ninas y molares así como en la zona anterior. Pueden resul-
tar involucrados el músculo orbicular de los labios y otros
músculos faciales de la expresión especialmente el mentonia
no, cuando el paciente busca tensar el conjunto a modo de --
ayuda para llevar el bolo hacia atrás. El acto de deglu- -
ción se repite aproximadamente dos veces cada minuto en las
horas de vigilia y una vez por minuto o menos durante el --
sueño, dependiendo de la frecuencia del flujo salival.

Para poder establecer un diagnóstico, estando frente --
al paciente se colocan los dedos suavemente sobre el múscu-
lo temporal y se indica al paciente que degluta. Si el ac-
to es normal, el músculo temporal se contrae. Si no se po-
nen los dientes en oclusión como debieran durante el acto -
normal, el músculo temporal no se contraerá.

Straub cree que tanto la posición anormal de deglución
y de la lengua pueden ser responsables de mordidas abiertas
y maloclusiones de clase III.²⁰

La deglución visceral (infantil) descrita primero por
Rix, al parecer sería causada por la conservación de la pau-
ta refleja congénita. El bebé deglute con los bordes gingi
vales desdentados separados. Al erupcionar los dientes to-
man posición entre los labios y la lengua. En coincidencia
con esto, el reflejo de deglución normalmente cambia y los
músculos inervados por el quinto par entran en acción. Una

demora de este cambio podría deberse a haber mantenido demasiado tiempo a la criatura con mamadera, o al uso de pezones que sean demasiado largos o que tengan los agujeros demasiado grandes para que el líquido fluya demasiado libremente. y por la demora en incorporar los alimentos sólidos. Los pacientes que conservan su patrón anormal de deglución pueden tener solo los dientes posteriores en oclusión y el pronóstico en estos pacientes, aún con corrección ortodóntica de la mordida abierta, es pobre.^B

La deglución con la lengua adelantada en resumen que pueden ser etiológicas de maloclusión, son de dos tipos:

- 1) Deglución con empuje lingual simple, que es un empuje lingual asociado con una deglución normal o con dientes juntos.
- 2) Deglución con empuje lingual complejo, que es un empuje lingual asociado con una deglución con dientes separados.

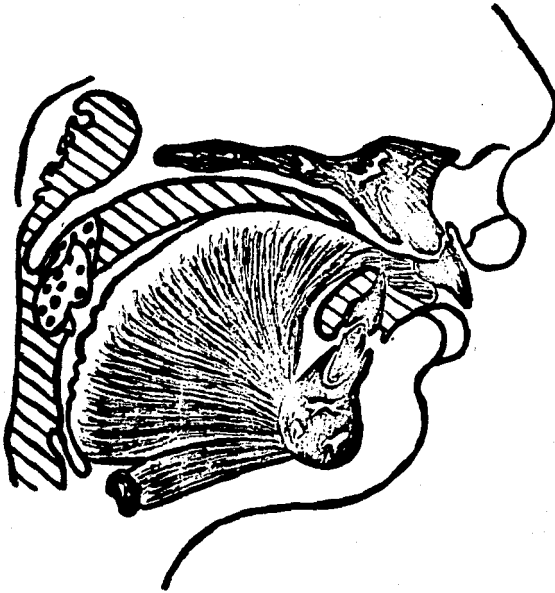
La deglución con empuje lingual simple, habitualmente está asociada a una historia de succión digital, aun cuando el hábito puede ya no ser practicado, pues la lengua necesita adelantarse por la mordida abierta, para mantener el cierre anterior con los labios durante la deglución.

Según la concepción original de Rix, la maduración del patrón de deglución podría quedar relegada por obstrucción e infección de las vías respiratorias superiores. Recalcó que la deglución con los dientes en contacto es incómoda

cuando existe obstrucción nasal, y que, una vez eliminados los trastornos respiratorios superiores, el patrón tiende a cambiar. Por el contrario Ballard y Gwynne Evans consideran que el patrón infantil de deglución responde a cierto retardo en la maduración del patrón neuromuscular en el nivel cortical y no se haya relacionado con las infecciones respiratorias superiores, el cual se puede acelerar por medio de ejercicios y aparatos.

Se haya tan controvertido este asunto que para objetivos clínicos es mejor no limitar el estudio del patrón únicamente a la actividad deglutiva, sino considerar los siguientes aspectos de cada caso:

- 1) Un patrón de la morfología de los maxilares (patrón esquelético).
- 2) Un patrón de la morfología de los tejidos blandos.
- 3) Un patrón del desarrollo dentario y de los procesos alveolares.⁸



**DEGLUCION ANORMAL
Y
LENGUA PROTACTIL**

G) CESEO O SESEO.

El ceseo es un defecto en la articulación del fonema "S", esto es debido a una posición defectuosa de la lengua en el momento del habla, deficiencia en el desarrollo del lenguaje, falta de habilidad motora por imitación, por pérdida prematura de los dientes anteriores de la primera dentición, por fisuras palatinas, por giroversiones y malposición de los incisivos inferiores, lo cual impide que haya una posición correcta de la lengua.

Las malformaciones que se pueden presentar son: protrusión de los dientes anteriores superiores, mordida abierta anterior, mordida abierta posterior y paladar ojival.⁸

H) RESPIRACION BUCAL.

La respiración bucal es consecuencia de los siguientes factores:

- 1) Obstrucción nasal parcial por:
 - a) Tabique desviado.
 - b) Vías nasales estrechas asociadas a un maxilar estrecho.
 - c) Reacción inflamatoria con edema de la mucosa nasal.
 - d) Reacción alérgica de la mucosa nasal.
 - e) Adenoides que obstruyen el espacio nasal posterior.
- 2) Hábitos adquiridos durante la acción de uno o más de los factores que se acaban de mencionar, que persisten una vez eliminada la causa.
- 3) En algunos casos raros la mandíbula no se mantiene en la posición normal de reposo y no existe razón aparente para ello. Ahí hay un "espacio libre interoclusal" o distancia interoclusal aumentada. La lengua se separa de la bóveda palatina. Por lo tanto, los labios no logran un sellado anterior, aunque su constitución sea la adecuada. A veces, este tipo de respiración bucal se observa sin que haya obstrucción respiratoria superior alguna, y se ve en niños inteligentes pero de poca rapidez mental.
- 4) La respiración bucal que se manifiesta en caso de fatiga, es decir, en niños con afecciones cardíacas y como acti-

vidad normal durante un ejercicio, por ejemplo correr.^B

Recalcamos de nuevo que la separación de los labios por sí sola no supone necesariamente que haya respiración bucal. En muchos casos todavía son eficaces los esfínteres medio y posterior. La separación de los labios sin respiración bucal tiene su origen en uno o más de los factores que siguen:

- a) Labio superior corto desde el punto de vista anatómico. Ballard denomina esta postura labial incompetente. Es denominada así porque los labios son cortos, flácidos y cierran sólo mediante una contracción consciente del esfínter orbicular.
- b) Interferencia producida por los incisivos superiores, en especial cuando el desarrollo del maxilar inferior es escaso, de manera que la deficiencia del sellado es secundaria a la maloclusión.^B

Todavía difieren las opiniones respecto de las relaciones que hay entre la maloclusión y la respiración bucal. Algunos investigadores recientes consideran a la respiración bucal como causa directa de la maloclusión y en especial con respecto a la clase II de Angle, división 1. Tomes, relacionó un arco superior en forma de V con la respiración bucal. Se basa sobre el hecho de que en estos casos la lengua se separa de la bóveda palatina durante su desarrollo y no ejerce la acción opuesta a la presión de los labios. Este punto de vista ha tenido muchos adeptos.

Otros autores expresaron la opinión de que se trataba de alteraciones de la presión de aire entre el paladar y la lengua que producían este efecto. Como consecuencia de estas opiniones, algunos todavía consideran que el sellado labial inadecuado cuando no hay respiración bucal es el responsable del adelantamiento de los incisivos superiores. No se puede negar esto categóricamente. El labio superior no desempeña un papel importante en la contención de los incisivos superiores. Son la posición y la acción del labio inferior las que principalmente controlan la posición de los incisivos superiores.

Otra creencia todavía más poderosa, y que tiene algunos adeptos, es que la aereación insuficiente de las cavidades nasales y el seno maxilar en los respiradores bucales es la razón por la cual las vías respiratorias no se desarrollan ni se expanden adecuadamente.

Las opiniones de estos primeros autores fueron refutadas muchas veces y los clínicos han visto a niños con facies y maloclusiones que fueron atribuidas a la respiración bucal, sin que hubiera ahí obstrucción nasal comprobada. -- Por otro lado se ven niños con oclusiones excelentes y sin embargo su historia clínica indica trastornos respiratorios superiores.⁸

Emslie y otros autores aseguran que: "Las observaciones recientes sugieren que se atribuye una importancia exagerada a la respiración bucal como factor etiológico en el

desarrollo insuficiente de la cara y los maxilares, y no la suficiente a los factores genéticos predisponentes. Esto es así mismo cierto con respecto a la relación de la respiración bucal con la maloclusión dentaria.

Los estudios de la Unidad de Investigaciones de Vías Respiratorias Superiores del Hospital Guy de Londres mostraron que los tipos clínicos que pueden tener o no deficiencias respiratorias superiores son los conocidos bajo la denominación de "facies adenoides". Estos tienen una combinación de signos clínicos: a) cara alargada; b) arco dentario superior estrecho; c) incisivos superiores visibles pero no indefectiblemente prominentes; d) maxilar inferior retruido; e) expresión facial ausente; f) la boca abierta, labio superior corto y móvil, narinas anteriores estrechas; g) hábitos asociados de succión del pulgar, labios o lengua.

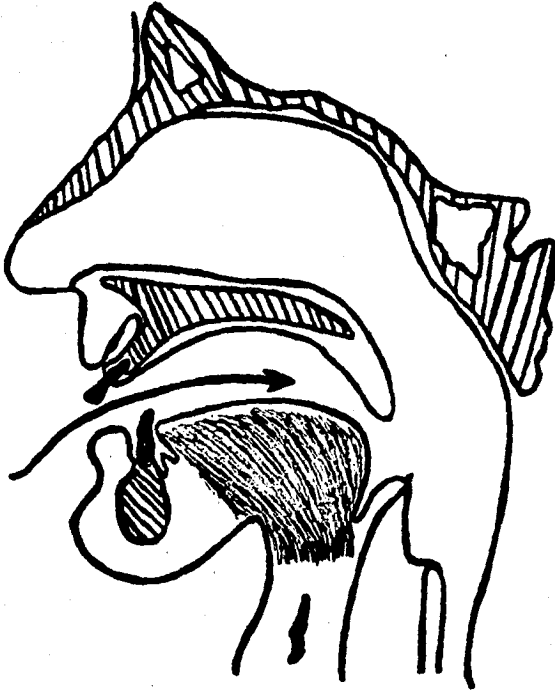
Indudablemente, ahí donde el patrón genético de crecimiento produce vías nasales estrechas será más factible que un estado edematoso de la membrana mucosa produzca una obstrucción parcial, y esto sucede así con el tejido adenoides en las vías respiratorias nasales posteriores.

A pesar de que se niega una relación causal de la respiración bucal y la producción de la maloclusión, es preciso que el ortodoncista se interese en el estado del tracto respiratorio superior del paciente. Si existe obstrucción parcial, es probable que el paciente no tolere la aparatolo

gía. La falta de sellado labial con respiración bucal o -- sin ella predispone a la infección de las encías, entonces la membrana se irrita todavía más a causa del aparato.⁸

Cuando la respiración proviene de una posición de repo so, la lengua y la mandíbula descienden, y con el tiempo se observa una mejora notable en los músculos de sostén de la mandíbula. Es difícil precisar que ocurre realmente durante ese cambio, pero, sin lugar a dudas, es una observación clínica comprobada. Es raro que se compruebe este tipo de respiración bucal en adultos, excepto en un sueño de relaja ción profunda y en estado senil.

La conclusión que emerge de las investigaciones exis-- tentes, de que no hay formas patognomónicas de disnasia que pueden relacionarse con seguridad a perturbaciones de la -- respiración bucal nasal, es de gran significado. Las alte-- raciones son solamente cofactores, que tienen importancia -- cuando ocurren en conexión con formas de maxilares que pre-- sentan ya una tendencia hereditaria a una desarrollo de la dianasia. Además, la respiración nasal defectuosa puede -- tener un efecto más dañino sobre los maxilares, cuyos hue-- sos presentan cambios patológicos como el raquitismo.⁸



RESPIRACION BUCAL

1) BRUXISMO.

El bruxismo es definido por algunos autores como el rechinamiento y movimiento de trituración de los dientes sin un propósito funcional. Karolyi lo define como "neuralgia traumática", Weski "efecto de Karoly", Tishler "neurosis del hábito oclusal", Drum "parafunción". Miller propuso la diferenciación entre el rechinamiento nocturno de los dientes al cual llamó "bruxismo", y el hábito de rechinar los dientes en el día, lo denominó "bruxomanía".

La causa del bruxismo aún no se conoce aunque se le atribuye a un estado emocional asociado con angustia y agresividad. Generalmente se observa en pacientes muy nerviosos e irritables y que presentan algunos otros hábitos, también se ha visto asociado a enfermedades sistémicas, tales como: corea, epilepsia, meningitis y trastornos gastrointestinales. Este tipo de hábito o alteración se observa tanto en el hombre como en los animales.²⁰

El rechinamiento, apretamiento y movimiento de trituración no funcionales en céntrica pueden ser de diferente importancia tanto para los dientes como para el periodonto.

Algunos autores consideran dos tipos de bruxismo: **Bruxismo excéntrico:** En el cual el rechinamiento y movimiento de trituración de los dientes son en excursiones excéntricas.

Bruxismo Céntrico: El apretamiento de los dientes es reali-
zado en céntrica.

Tanto el bruxismo céntrico como el excéntrico son con-
siderados como expresiones de un aumento de tono muscular. -
El establecimiento del bruxismo céntrico o excéntrico depen-
de de la ubicación de las interferencias oclusales que ac-
túan como factores desencadenantes de los movimientos no --
funcionales del maxilar. El bruxismo excéntrico tiene por-
lo general interferencias excéntricas como factores desenca-
denantes, mientras que el bruxismo céntrico se encuentra --
más frecuentemente asociado con inestabilidad oclusal en la
inmediata vecindad de la céntrica.

Se dice con frecuencia que en el bruxismo en excursio-
nes excéntricas intervienen contracciones musculares isotó-
nicas, mientras que el apretamiento más estático en oclu- -
sión céntrica representa actividad muscular isométrica. Por
lo tanto el apretamiento implica tanto la actividad muscu-
lar isométrica como la isotónica.²⁴

Existen otros hábitos oclusales que están estrechamen-
te ligados con el bruxismo y son: morder fuertemente con ma-
xilares en posición bloqueada, mordedura de carrillos, len-
gua o labios, el morder objetos como uñas, lápices, tubo de
pipa, y pasadores para el pelo, ejercer presión con los de-
dos sobre los dientes, aunque estos hábitos tienen un fondo
psicogénico bien definido y sirven como desahogo a la ten--

sión emocional y se consideran como mordida disfuncional o hábitos oclusales.

Los movimientos no funcionales de contacto oclusal pueden ser la secuela de trastornos espásticos de naturaleza general.

Bruxismo Excéntrico,²⁴

Tiene un doble fondo etiológico de sobrecarga psíquica e interferencia oclusal. El componente psíquico de agresión reprimida, tensión emocional, angustia y temor ha sido señalado como único factor etiológico. Pero Karolyi reconoció el papel importante de las interferencias oclusales además de los factores psíquicos en la aparición del bruxismo. Además señaló que incluso los traumatismos oclusales moderados o los defectos oclusales menores, pueden recibir indebida atención por parte de individuos neuróticos, dando por resultado hábitos de trituración.

Recientemente algunos autores han insistido en la importancia de la frustración como causa principal del estado de tensión emocional y el bruxismo parece estar estrechamente relacionado con la frustración.

También se han llevado a cabo investigaciones con electromiografía y fue posible observar y registrar los trastornos neuromusculares dentro del aparato masticador.

Tono muscular.²⁴

El bruxismo se encuentra íntimamente relacionado con el aumento de tono en los músculos maxilares. El tono muscular puede aumentar por la tensión emocional o nerviosa, por dolor o molestias, y por interferencias oclusales. La interacción de estos tres mecanismos proporciona las bases neuromusculares del bruxismo.

La influencia del sistema nervioso central sobre el tono muscular se efectúa principalmente a través del sistema fusomotor. Un estado de hipertonicidad de los músculos masticadores puede deberse por lo tanto a:

- 1) Influencia del sistema nervioso central por medio del sistema fusomotor.
- 2) Desarmonía local entre las partes funcionales del aparato masticador que actúa sobre el mecanismo reflejo que controla los movimientos subconscientes del maxilar.

Por lo general, el aumento de tono y bruxismo son el resultado de trastornos en ambos de estos mecanismos.²⁴

Adaptación Fisiológica.

En cada individuo existe un límite para la adaptación fisiológica a la imperfección o desarmonía en las relaciones oclusales. Cuando se traspasa este límite, ya sea debido a un aumento en la desarmonía oclusal o en la tensión

del sistema nervioso central, se presenta una respuesta hipertónica en los músculos masticadores. Esta respuesta puede ser en el sentido de facilitación de los impulsos nerviosos de origen oclusal o en la disminución del umbral de excitabilidad neuronal por la tensión nerviosa o dolor, o en ambos a la vez. Un aumento en la actividad neuromuscular puede dar lugar a lesión en el periodonto o en la articulación temporomandibular, o puede producir dolor y molestias dentro de los músculos de tensión.

Relación con el Sistema Nervioso.

Las molestias por interferencia oclusal o dolor pueden afectar también el sistema nervioso central, la irritación de este disminuirá el umbral de irritabilidad de los componentes nerviosos asociados con los movimientos reflejos del maxilar, y aumentará el tono muscular directamente por intermedio del sistema fusomotor. La fatiga y el dolor subsecuente ocasionados por la contracción sostenida de los músculos y el maxilar disminuirá también el umbral de irritabilidad y entrarán dentro del mecanismo desfavorable de retroalimentación.

Este círculo vicioso de aumento autoperpetuable de la tensión muscular relacionado con los trastornos funcionales de los dientes, el periodonto, tejidos bucales, articulación temporomandibular y los músculos masticadores, es la base del bruxismo en personas bajo tensión psíquica y emocional.

Mialgia.

El estado hipertónico y en ocasiones doloroso de los músculos del maxilar en el bruxismo es de la misma naturaleza que las mialgias posturales manifestadas como dolor de espalda en personas bajo tensión psíquica que tienen anomalías posturales.²⁴

Thaller encontró correlación entre el bruxismo y el estado de ansiedad del paciente.

En pacientes con hipertonicidad muscular y bruxismo, así como en pacientes con mialgia, la influencia reguladora sobre la actividad muscular procede de impulsos sensitivos y propioceptivos así como la actividad refleja dentro de los músculos no funciona normalmente, o pueden faltar.

Interferencias oclusales.

Se ha demostrado experimentalmente y observado en clínica en innumerables ocasiones que las interferencias oclusales pueden precipitar el bruxismo. Clínicamente se ha encontrado que el bruxismo puede ser aliviado o eliminado mediante la corrección de la disarmonía oclusal, por lo menos hasta un grado en que no sea notado por el paciente y sus efectos sobre el aparato masticador sean mínimos. Por supuesto que el bruxismo puede ser reintroducido en cualquier momento por la colocación de una restauración con interferencia oclusal.²⁴

Cualquier tipo de interferencia oclusal puede desencadenar o mantener el bruxismo cuando se combina con tensión psíquica. El factor desencadenante más común para el bruxismo es una discrepancia entre la relación céntrica y la oclusión céntrica. El segundo factor desencadenante del bruxismo, en orden de importancia, son las interferencias oclusales del lado de equilibrio, y de menor importancia son también las interferencias en las excursiones protrusivas o en el lado de trabajo que pueden desencadenar bruxismo.

Se encontrará siempre algún tipo de interferencia oclusal en todos los pacientes con bruxismo.

Otros factores.

Pueden existir también factores locales diferentes a las interferencias oclusales que contribuyan a la hipertonicidad de los músculos maxilares y a la iniciación de movimientos maxilares anormales. Dichos factores son: colgajos gingivales de terceros molares; hiperplasia gingival o cualquier tipo de enfermedad periodontal, especialmente si hay dolor; irregularidades en la superficie del labio, mejilla y lengua, y dolor o malestar en la articulación temporomandibular y músculos maxilares.

El bruxismo se efectúa en un nivel subconsciente controlado de manera refleja y es, por lo tanto, en la mayoría de los casos, desconocido por el paciente a menos que se le haya llamado la atención sobre él.

El rechinar o los movimientos de trituración de los dientes son más comunes durante la noche, mientras que la presión o apretamiento es más común en el día.²⁴

Nuestra vida emocional prosigue durante el sueño, con frecuencia incluso se acentúa y se pone de manifiesto en sueños. Algunos autores han comprobado que el bruxismo ocurre principalmente cuando el sueño llega a su segundo nivel (estado de ensueño) y que está asociado con movimientos oculares rápidos, movimientos corporales y ritmo cardíaco acelerado.

Puesto que el bruxismo es la expresión de factores psicológicos y oclusales combinados, habrá naturalmente ciertos momentos o estados en la vida de un individuo durante los cuales es más probable que se presente dicho trastorno. Puede haber bruxismo en casos de interferencia oclusal grave y grado moderado de tensión emocional o psíquica; o puede también ser el resultado de tensión psíquica muy intensa y muy poca interferencia oclusal.

La tensión premenstrual es otro factor precipitante común del bruxismo cíclico.

Puede observarse que las situaciones de tensión suelen provocar bruxismo únicamente si existen factores desencadenantes locales en la oclusión.

Bruxismo Céntrico.

Consiste principalmente en la contracción habitual de los músculos del maxilar sin la presencia de alguna situación física o psíquica, dicha contracción de los músculos perdura en horas de vigilia y es más común durante el día que en la noche. En algunas ocasiones el paciente no se da cuenta de este hábito ya que es subconsciente y silencioso.²⁴

El desgaste oclusal es principalmente el resultado de los contactos oclusales. La firmeza de estos contactos, cuando los dientes funcionan juntos, depende del carácter de las estructuras de sosten de los dientes, la forma de las raíces, la relación corona raíz, la posición de los dientes, y la dureza de la superficie del contacto oclusal, incluyendo los materiales restaurados. Todos estos factores pueden ser ligeramente desiguales, lo cual daría por resultado cierta desigualdad en el desgaste oclusal y subsecuentemente relaciones de contacto oclusal dispares. Esto explicaría el papel de contacto dispar como factor desencadenante oclusal al ponerse los dientes en contacto y colocaría la etiología del apretamiento de los dientes sobre bases similares a las del bruxismo.²⁴

Hábitos Oclusales Relacionados con el Bruxismo.

El apretamiento habitual de los maxilares en malposiciones bloqueadas, al morder objetos colocados dentro de la boca o entre los labios, la mordedura de la lengua o carri-

llos, son todas vías de escape para la tensión psíquica y emocional. Sin embargo, estas condiciones no tienen necesariamente asociación con la desarmonía oclusal, como es el caso del bruxismo. El único efecto indirecto de las interferencias oclusales sobre estas condiciones es posiblemente un aumento en la tonicidad muscular; por el contrario, el tono muscular puede disminuir mediante el tratamiento oclusal y la eliminación de los factores irritantes de la boca. La supresión de las interferencias oclusales puede, por lo tanto, facilitar la desaparición de algunos de estos hábitos; pero, la mordedura de labio, lengua, mejilla o uñas -- puede constituir también una vía de escape de sustitución -- cuando se ha eliminado el mecanismo de escape anterior a -- través de bruxismo al suprimir los factores desencadenantes oclusales. Algunos de estos hábitos tienen una presentación cíclica típica similar al bruxismo. Los factores precipitantes pueden ser el exceso de trabajo, la preocupación, y la tensión premenstrual o de otro tipo, pero teniendo todas un fondo común de frustración.

Otros hábitos oclusales pueden estar asociados con la ocupación de la persona; por ejemplo: el morder hilos por las costureras, el sostener clavos entre los dientes por los carpinteros o tapiceros, y el mantener vidrio entre los dientes por los sopladores de dicho material. En estos casos, no existe necesariamente desarmonía psíquica u oclusal dentro del hábito oclusal.

El rechinar o apretamiento de los dientes puede ser precipitado por desórdenes espásticos de naturaleza local o general. Se ha visto que la supresión de las interferencias oclusales sirven para disminuir tanto la frecuencia como la importancia del apretamiento espástico y del rechinar, y ayuda en el control de los movimientos espásticos del maxilar.²⁴

Importancia del Bruxismo.

El bruxismo puede tener una gran influencia sobre los tejidos periodontales, músculos masticadores y adyacentes, articulación temporomandibular, la iniciación de la jaqueca y la irritabilidad del sistema nervioso central.

Karolyi fue el primero en postular que las contracciones nocturnas de los músculos maseteros podrían ser factores principales en la etiología de la enfermedad parodontal, así como el papel lesivo de las contracciones espásticas de los músculos labiales y de la lengua por el periodonto.

Cambios en los Tejidos Periodontales.

Cualquier modificación tisular asociada con la oclusión traumática puede, por supuesto, ser resultado del bruxismo. Sin embargo, puesto que estas alteraciones tisulares quedan confinadas principalmente a los tejidos periodontales apicales del reborde alveolar, se cree generalmente que el bruxismo no inicia la gingivitis o la formación de bolsas gingivales. El papel del bruxismo y de la oclusión

traumática asociada con la etiología de los padecimientos - periodontales es aún controvertible y no ha podido ser completamente aclarado.

Hay que hacer hincapié en que el bruxismo no necesariamente da lugar a cambios patológicos en los tejidos periodontales.

En la mayoría de los individuos con soporte periodontal normal, las secuelas habituales del bruxismo son la hipertrofia compensadora de las estructuras periodontales, el engrosamiento del hueso alveolar, mayor estrechamiento de la membrana periodontal por la abundancia de fibras colágenas y una mejor inserción de las fibras al cemento.²⁴

Lesión Periodontal.

Esta lesión depende principalmente de los factores que predisponen a la oclusión traumática.

Thielemann observó que el daño periodontal se presenta en pacientes con cúspides afiladas cuando se aplica la fuerza lateral sobre puntos de estas cúspides, dicho esfuerzo - tiene mayor brazo de palanca que el que se aplica sobre la fosa central y el esfuerzo sobre la cúspide frecuentemente se dirige hacia fuera de los tejidos que sirven de soporte al diente.

Se ha comprobado que el bruxismo aumenta la posibili--

dad de lesión periodontal en presencia de padecimientos generales que afectan el sostén colágeno de los dientes como el escorbuto y la deficiencia de proteínas, principalmente en los jóvenes.

Eschler, y algunos otros autores dicen que la enfermedad periodontal predispone al individuo al bruxismo por aumento del tono muscular en el maxilar, las molestias bucales y el movimiento de los dientes asociados con inflamación gingival y periodontal pueden desencadenar interferencias oclusales y en esa forma provocar bruxismo.

Como ya se dijo anteriormente el aumento del tono muscular ocasionado por las molestias que acompañan a la inflamación aumenta la posibilidad de que este factor precipite el bruxismo, bajo estas circunstancias puede decirse que -- los padecimientos periodontales provocan bruxismo.²⁴

Prejuicios a la Corona.

Una de las estructuras más dañadas por el bruxismo es la corona del diente ya que le va a producir desgaste, reducción inestética en la longitud de la misma, trastornos en la relación de contactos proximales, ocasiona pulpitis, exposición o muerte de la pulpa, otras secuelas del bruxismo son bordes del esmalte afilados e irritantes, dientes o restauraciones fracturados e incluso estrangulación apical de la pulpa.

Dolor Disfuncional.

El bruxismo es de extrema importancia en la aparición del dolor disfuncional de los músculos y de la articulación temporomandibular.

Cefalea.

Wolff, dice que la base para el dolor es un trastorno en la circulación de los músculos.

Las molestias de los dientes, músculos y articulación temporomandibular asociados con el bruxismo con frecuencia aumentan la tensión psíquica, irritabilidad y ocasiona un posterior aumento de tono muscular y del bruxismo.

En resumen las malformaciones que se provocan son: desgaste de la corona de los dientes, esmalte afilado, agrietamiento de los dientes, dolor a los cambios térmicos, y dolor asociado a trastornos del ligamento parodontal y alteración en los músculos masticadores y articulación temporomandibular.²⁴

J) ONICOFACIA.

Se ha encontrado que este hábito puede ser consecuencia de un hábito de succión digital.

La onicofagia o mordedura de uñas comunmente no se ve hasta más o menos la edad de 3 a 4 años, la mayoría de los psicólogos opinan que es un reflejo de ansiedad o mal ajuste de la personalidad, y es muy común observarlo aún en la pubertad, los niños que se muerden las uñas pueden tener una maloclusión pero no se cree que ninguna maloclusión específica sea patognomónica de este hábito.²¹

En un estudio se observó que un 80% de los individuos se muerden o se han mordido las uñas, no se puede considerar como un hábito pernicioso y aparentemente no ayuda a producir maloclusión, ya que las fuerzas que se aplican son muy parecidas a las de la masticación, pero aún así se han observado alguna atrición de las piezas anteriores inferiores en individuos que presentaban impuresas debajo de las uñas.

Las alteraciones que se pueden presentar son: Irritación alrededor de las uñas, dedos en forma de bola, y en casos severos se aprecia un desgaste de los bordes incisales que afectan principalmente a los incisivos inferiores.¹⁴

K) MORDER CUERPOS EXTRANOS.

Dentro de este grupo consideramos todos aquellos actos repetidos constantemente y que consisten en morder objetos como: lápices, palillos, anteojos, hilos, etc., morder objetos como estos puede producir el desgaste dentario consecutivo localizado en la zona, proyección del maxilar inferior a tipo clase III de Angle, que pueden quedar como anomalías de la oclusión permanentes.

Morder lápices, anteojos, etc. puede provocar la aplicación de todas las fuerzas masticatorias en un sólo diente, por medio de un objeto intermediario. Esto mismo ocurre -- con diversos hábitos ocupacionales, tales como sostener clavos o alfileres con los dientes, o el tocar instrumentos musicales, el trauma producido causa migración y a menudo una enfermedad periodontal acentuada.¹⁷

Dentro de este grupo de hábitos se consideraba la apertura de pasadores de pelo con los dientes, común entre las mujeres adolescentes, en las cuales se ha encontrado incisivos desgastados y piezas parcialmente privadas de esmalte labial.

Para abandonar el hábito, generalmente solo hace falta llamar la atención sobre los efectos nocivos de este. A veces la sola eliminación del hábito lleva a la corrección de la malposición, sin mecanoterapia, esto debe intentarse antes de comenzar cualquier tratamiento correctivo.

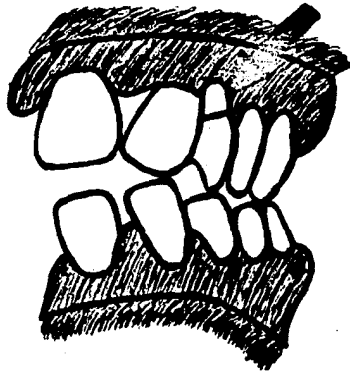
L) AUTOMUTILACION.

A la automutilación se le ha definido como el trauma producido intencionalmente a los tejidos bucales.

Es probable que se produzcan automutilaciones con mayor frecuencia de lo que se reconoce, pues relativamente pocos niños estarán dispuestos a admitir el acto a menos que sean observados practicándolo. Por lo tanto, las lesiones autoinflingidas pueden ser diagnosticadas incorrectamente. El odontólogo debe tener consciencia de la incidencia de esta situación y debe encarar el problema de la misma manera como lo hace con la succión del pulgar. Se debe hacer un intento por determinar la causa. Si se descubre que se debe a factores dentales locales, puede ser corregido. Sin embargo en la mayoría de los niños, estará involucrado un problema emocional y el odontólogo deberá dirigir la familia hacia servicios de consulta competentes.

Se ha observado que niños de apenas 4 años se traumatizaban los tejidos gingivales libres y adherentes con la uña, a veces al punto de destruir el hueso alveolar.

La tensión y los conflictos en el hogar pueden ocasionar automutilaciones en los pequeños pacientes. Fisher informó que la desdicha y los conflictos en el hogar pueden estar más fácilmente ocultos en los adolescentes de 15 años, que en un bebé de 15 semanas.²⁰



AUTOMUTILACION

M) EMPUJE DE FRENILLO.

Es aquel acto en el que el paciente coloca su frenillo labial entre los incisivos centrales superiores produciendo con esto diastema ya que el niño puede trabar su frenillo labial entre estas piezas y dejarlo en esa posición varias horas. Este hábito probablemente se inicia como parte de un juego ocioso, pero puede desarrollarse en hábito que desplaza las piezas, este efecto es similar al producido en ciertos casos por un frenillo anormal. Este hábito se ha observado en raras ocasiones.

Cuando nos encontramos ante un diastema debemos establecer cuando este es producido por el empuje de frenillo o por factores como los siguientes: frenillo labial ancho, microdoncia, dientes supernumerarios, incisivos laterales faltantes, quistes en la línea media, oclusión enérgica de dichos dientes o bien ser una secuela de succión digital, proyección de lengua, etc.¹⁴

N) HABITO DE POSICION.

Las posturas durante el sueño y el estudio, se consideran hoy en día como causantes de maloclusión.

Se ha estudiado a fondo todos los hábitos de posición de la cabeza en la almohada con sus consecutivas deformaciones. Se analizó el peso total de la cabeza, durante muchas horas sobre una parte de los maxilares en jóvenes sujetos y se encontró que es capaz de producir deformaciones, aplastamientos, en relación con la posición adoptada, una de las más frecuentes posiciones al dormir que adoptan los niños es con la palma de la mano contra la mejilla, que acarrea asimetría o un lado menos desarrollado o aplastado con respecto al otro o bien una estrechez de la arcada con prominencia de los incisivos. Otro hábito de apoyo abarcaría todo un lado de la cara sobre el antebrazo que produce, arcadas en forma de silla de montar. Como consecuencia de estos hábitos de decúbito en la almohada las deformaciones son más pronunciadas en el maxilar superior que se fija, pues al maxilar inferior por ser móvil escapa un poco a la presión pero se ha comprobado en algunos casos que existe también dicha alteración.

La mayoría de estos hábitos se asocian con la respiración bucal, pues las distintas posiciones que adoptan la cabeza al apoyarse, siempre perjudican o dificultan la respiración y la vía de menor resistencia es la bucal.

También se ha observado grandes distoclusiones con falta de desarrollo en sentido anterior por un apoyo al dormir sobre el mentón y/o zonas vecinas.

En ocasiones el hábito de posición se adquiere por -- otros factores como: alteraciones, inflamaciones, etc., que obligan al niño a dormir siempre de un mismo lado.

Las posturas y apoyos de la cabeza durante las horas - de estudio sobre el puño, generalmente producen deforma-----ciones de tipo asimétrico y de tipo clase II, cuando es la palma la que presiona sobre el mentón.

Se ha observado que las personas con postura corporal defectuosa frecuentemente muestran una posición postural indeseable en la mandíbula, ambas pueden ser expresiones de -- una salud general pobre. Por otra parte la persona que se mantiene erecta; con su cabeza bien colocada sobre su columna, casi por reflejo va a mantener su mentón adelantado en una posición ideal.¹⁰

La postura es la expresión sumada de reflejos musculares y, por lo tanto es capaz de cambio y corrección.

De acuerdo con Kjellgren, el hábito de dormir sobre -- una mano y el brazo causaría mordida cruzada.

La maloclusión puede ser de tipo esquelético o dental.

0) IMITACION.

Se ha observado con frecuencia que cuando algún miembro de la familia presente algún hábito, como succión de -- pulgar u otros dedos, succión labial, lengua protáctil, etc., puede haber incurrancia en el mismo hábito por parte de algún otro miembro de la familia, lo cual traerá como conse-- cuencia las alteraciones propias del hábito imitado.

Así encontramos como probable causa que un niño puede recurrir a la succión del pulgar para atraer la atención de los padres, y el hermano que se siente relegado recurre a la imitación del mismo hábito para que se le preste mayor -- atención.

En un estudio se encontró una familia, la cual atri-- buía las maloclusiones a un factor hereditario, al realizar un examen se observó el grado variable de desarrollo de maloclusiones de acuerdo a la edad de cada miembros familiar, siendo este el resultado de la imitación del miembro más jó-- ven de la familia a un hermano o hermana mayor.²

CLASIFICACION DE MALOCCLUSION

La lista siguiente (modificada de Hitchcock) -- presenta uno de los puntos de vista corrientes de como las tres maloclusiones deberían ser --- clasificadas en un sistema apenas cambiado del propuesto originalmente por Angle.

Clase I. A medida que el maxilar inferior cierra pareja y cómodamente hacia su relación con el maxilar superior, la cúspide mesiovestibular del primer molar permanente superior entre en relación con el surco vestibular del primer molar permanente inferior. En la población blanca de E.U.A. del 60% - al 65% de los niños, pueden ser agrupados bajo la maloclusión de clase I.

Clase II. A medida que la mandíbula cierra pareja y cómodamente hacia su relación con el maxilar superior, la cúspide mesiovestibular del primer molar permanente superior, está en relación con la tronera del segundo premolar inferior y el primer molar inferior. En la población blanca de E.U.A. del 25% al 30% puede caer en esta clase II.

Clase III. A medida que el maxilar inferior cierra parejo y confortablemente hacia su relación con el maxilar superior, la cúspide mesiovestibular del primer molar permanente superior, entra en relación con el surco distovestibular del primer molar permanente inferior. En la población blanca de E.U.A. del 3% al 5% de ellos, entre en esta maloclusión de clase III.

División de la Clase I de Dewey-Anderson.

Clase I, Tipo 1. Incisivos inferiores apiñonados, incisivos superiores espaciados normalmente.

Causa: músculo mentoniano hiperactivo.

Incisivos superiores e inferiores rotados y apiñonados.

Causa: por lo general genética.

Clase I, Tipo 2. Incisivos superiores e inferiores protruidos y espaciados, dando como resultado -- una mordida abierta anterior; caninos en oclusión; visto en la dentición temporal y mixta.

Causa: hábito oral activo generalmente con un patrón de deglución pobre y una posición inadecuada, en estado de reposo.

Incisivos superiores protruidos y espaciados pero con un arco inferior bien formado.

Causa: Hábito de succión, empuje lingual leve a moderado y hábitos labiales; por lo general se observa en la dentición mixta de la mitad hacia adelante.

Clase 1, Tipos 3. Mordida cruzada anterior que involucra a uno o dos incisivos permanentes superiores.

Causa: Posible Clase III precoz, también un traumatismo de los dientes temporarios superiores provocando que los incisivos erupcionen lingualmente.

• Mordida cruzada anterior que involucra a 3 ó 4 incisivos superiores.

Causa: Comúnmente genética, mostrando menos potencial de crecimiento del maxilar inferior que lo normal, como en la Clase III.

Clase 1, Tipo 4. Mordida cruzada posterior limitada a un temporario o al molar de los 6 años.

Causa: Displasia ósea menos en el maxilar superior.

Mordida cruzada posterior que involucra 2 ó más dientes, visualizada como unilateral cuando los dientes están en oclusión.

Causa: Caninos temporarios interdigitándose inadecuadamente; crecimiento del maxi-

lar superior en lateral y es probable menos que lo normal.

Mordida cruzada posterior, visualizada como bilateral cuando los dientes están en oclusión.

Causa: Posible influencia de una Clase --- III en la familia, también puede prevenir de una rinitis alérgica o de hábito de -- succión de la mejilla.

Clase I, Tipo 5. Pérdida de espacio posterior de 2 a 3 mm. en un cuadrante debido a la mesialización de uno o más molares de los 6 años.

Causa: Extracción precoz o destrucción -- por caries de los molares temporarios.

Pérdida de espacio posterior de más de 3 mm. en un cuadrante, debido a la mesialización de uno o más molares de los 6 años.

Causa: Pérdida precoz de los molares temporarios, destrucción por caries de los molares temporarios, erupción ectópica de los primeros molares permanentes.

Clase I, Tipo 0. Es el tipo de relación oclusal entendido como clase I de Angle "normal", en el niño en desarrollo (si examen de las relaciones molares, caninos, línea media, -- overbite y overjet, todos prueban estar -

dentro de los límites normales, esto demuestra que el niño no presente ninguno de los otros tipos de maloclusiones descritas por el sistema de Dewey-Anderson. Eliminando estos defectos los odontólogos diagnóstican que el niño tiene Tipo 0, o cero defectos, en su relación oclusal. Lo fundamental deberá ser mantener esta relación ideal si es posible).

La Clase I, Tipo 0, no está descrita en la clasificación original de Dewey-Anderson de los tipos de maloclusiones.

División de la Clase II.

Clase II, División 1. Relaciones molares de clase II en ambos lados: Incentrales prominentes.

Clase II, División 1, Subdivisión. Relación molares clase II de un lado; relación molares clase I del otro; incisivos centrales prominentes.

Clase II, División 2, Relación molares clase II de ambos lados; incisivos centrales casi verticales o inclinados a lingual, e incisivos laterales protruidos.

Clase II, División 2, Subdivisión. Relación molares clase II de un lado; relaciones molares clase I del otro; incisivos centrales verticales o inclinados a lingual, con un solo inci

civo lateral protruído, vestibularmente, por lo general del lado de la clase II.

División de la Clase III.

Clase III.

Se observa una maloclusión de clase III, cuando la relación molar es tal, de ambos lados de los arcos.

Clase III,

Subdivisión.

Describe una dentición en la cual -- existe una relación molar clase I de un lado, con una relación molar clase III del otro.²⁵

Una vez revisada la literatura, se formuló una serie de interrogantes:

- ¿ Influyen los hábitos orales en la creación de una maloclusión?
- ¿ La maloclusión es un factor predisponente en el establecimiento de los hábitos orales?
- ¿ Los hábitos orales aunados a la predisposición genética a una determinada maloclusión, pueden acentuar aún más dicha maloclusión?
- ¿ La duración, frecuencia e intensidad son factores que influyen en el establecimiento de la maloclusión?
- ¿ Los factores psicológicos influyen en el establecimiento de los hábitos orales?

CAPITULO II

MATERIAL Y METODOS

Una vez revisados los hábitos bucales, su diagnóstico y tratamiento, se presenta a continuación el material y método que fueron utilizados en la recopilación de datos para la realización de esta investigación.

MATERIAL.

Se emplearon dos tipos de material: clínico y biológico.

Material Clínico.

500 abatelenguas desechables

10 espejos

10 exploradores

10 pinzas

2 lámparas de mano

gasa y algodón

charola para esterilización

Q.R.Y. (como medio de esterilización).

Material Biológico.

Se revisaron:

250 niños y niñas en edad preescolar de -
3 a 6 años (escuela urbana)

250 niños y niñas en edad preescolar de 3 a 6 años (escuela rural).

Recursos.

Además del material antes mencionado se contó con los siguientes recursos:

500 cuestionarios

500 hojas de examen clínico y exploración.

lápices y plumas.

material didáctico referente al tema

como: dibujos en cartulina, cepillos

de dientes, etc.

A continuación se presenta el formato del cuestionario que se aplicó a los padres y maestros de los niños seleccionados para la realización de esta investigación.

CUESTIONARIO Escuela Rural Escuela Urbana

Fecha: _____

Nombre del niño: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad _____

Dirección: _____ Tel. _____

Sexo: Masculino Femenino Parto: Cesarea Vía vaginal Deseado: Sí No

Especificar: _____

Casa

Número de hermanos _____ Edades: _____

Niño vive con: Madre Padre Otro: _____

Otros habitantes en el hogar: _____

Padres.Temperamento: Calmado Enérgico Tenso Comportamiento Social del NiñoPersonalidad: Introverso Bien Adaptado Extroverso Juegos: normal anormal Escuela: Atrazado Normal Avanzado

Comentarios: _____

Hábitos Bucales

F=frecuentemente

O=ocasionalmente

R=rara vez

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Succión del pulgar | <input type="radio"/> Lengua protáctil |
| <input type="radio"/> Succión de otros dedos | <input type="radio"/> Ceseo |
| <input type="radio"/> Succión de chupetes y mamilas | <input type="radio"/> Respiración bucal |
| <input type="radio"/> Succión labial | <input type="radio"/> Onicofagia |
| <input type="radio"/> Succión de carrillos | <input type="radio"/> Morder cuerpos extraños |
| | Cuales? _____ |
| <input type="radio"/> Deglución | <input type="radio"/> Bruxismo |
| <input type="radio"/> Automutilación | <input type="radio"/> Hábito de posición |
| <input type="radio"/> Imitación | <input type="radio"/> Empuje de frenillo |

Edad de comienzo del hábito: _____

Edad en que lo abandonó: _____

Aún continúa: Día Noche Mirando T.V. EscuelaHábitos Asociados

- Mesarse los cabellos
- Tirarse de la oreja
- Uñerse la nariz
- Acariciar frazados

Corrección del hábito: Ninguna Dental Otros _____Conocimiento del hábito por el niño.

- Niño consiente
- Niño reñido por la madre
- Niño reñido por el padre
- Niño reñido por los hermanos
- Otros: _____

Salud General Actual

Salud: Buena Regular Mala

Comentarios: _____

Reacción Bajo Tensión

Antagonista Dócil Defensiva

Comentarios: _____

Alimentación

Lactancia natural: Duración: _____

Lactancia con biberón: Duración: _____

Alimentación actual: Buena Regular Mala

Comentarios: _____

Otros con hábitos Similares

Ninguno Padre Madre Hermano Otros: _____

Especificar: _____

Actitud de los Padres hacia el Tratamiento

Tratamiento: No Si Con aparato Sin aparato

Comentarios Generales: _____

El siguiente formato pertenece al exámen clínico realizado en forma directa a los niños.

EXAMEN CLINICO

Labio:	normal	anormal	Especificar:	_____
Paladar:	normal	anormal	Especificar:	_____
Lengua:	normal	anormal	Especificar:	_____
Enclás:	normal	anormal	Especificar:	_____
Carrillos:	normal	anormal	Especificar:	_____
Piso de Boca:	normal	anormal	Especificar:	_____
Amígdalas:	normal	anormal	Especificar:	_____
Nariz:	normal	anormal	Especificar:	_____

Dientes

Oclusión Clase: _____

Dientes ausentes: _____

Dientes malformados: _____

Pérdida prematura de dientes temporales: _____

Erupción tardía de dientes permanentes: _____

Retención prolongada de dientes temporales: _____

Pérdida de dientes permanentes: _____

Espacio del frenillo: _____

Abrasión dental: _____

Observaciones generales.

METODO.

Método es un modo ordenado de proceder para alcanzar - un fin determinado. Cualquier trabajo que implique cierta - complejidad requiere de un método. Por tal motivo se eligie - ron los métodos Científico Experimental y Bioestadístico pa - ra la recopilación y procesamiento de los datos obtenidos - en la investigación.

Método Científico Experimental.

La aplicación permanente del método científico en to-- das nuestras actividades científicas y tecnológicas, ha he-- cho posible el gran avance en los conocimientos humanos de - los últimos siglos, o lo que es lo mismo, ha acelerado la - búsqueda de la verdad.

El método incorporó el concepto de que no hay verdad - absoluta, de tal manera que el conocimiento siempre es cam-- biante.

El método científico experimental consiste en la deli-- mitación y simplificación del objeto de la investigación pa - ra el planteamiento de una hipótesis de trabajo, elaborando un diseño experimental para la realización de la investiga - ción, posteriormente se analizan los resultados para la ob - tención de conclusiones. Y finalmente se elabora el infor - me escrito.

Método Bioestadístico.

La bioestadística está ligada con el método científico en la toma, organización, recopilación, presentación y análisis de datos biológicos, tanto para la deducción de conclusiones como para tomar decisiones razonables de acuerdo con tales análisis.

Población es una colección de datos que atañen a las características de un grupo de individuos u objetos.

Muestra es una pequeña parte de una población, y es la que se utiliza para una investigación.

Nuestra muestra consistió en tomar un grupo de 250 niños de una escuela rural y 250 niños de la escuela urbana entre la edad de 3 a 6 años.

Para la representación gráfica de los porcentajes obtenidos durante la investigación se procedió a realizar el redondeo de datos, que consiste en que al existir un entero con cifra decimal mayor a .5 esta se eleva al entero siguiente, y por el contrario cuando sea menor este número se tomará el mismo entero.

Los datos obtenidos se tabularon y posteriormente se representaron en forma de gráficas de barra y de línea.

CAPITULO III

RESULTADOS

A continuación se presentan las gráficas y las tablas de los datos obtenidos durante la investigación sobre la incidencia de hábitos orales y sus efectos.

Los datos para la evolución fueron obtenidos de la Escuela Urbana "Jardín de Niños María Curie", localizada en la Delegación Gustavo A. Madero, México D.F. y la Escuela Rural "Jardín de Niños José Sabán", localizada en San Juan Zitlaltepec, Estado de México, para así poder establecer una comparación entre la incidencia de hábitos en ambas escuelas.

Para el establecimiento de un diagnóstico más real, aparte de los datos referidos por los padres, se consultó a los maestros de los niños y estos datos fueron corroborados por observación directa, durante el tiempo en que el niño realizaba sus actividades escolares.

Inicialmente se realizó la revisión de 500 niños, 250 pertenecientes a la escuela rural y 250 a la escuela urbana, pero al encontrarse con algunas limitantes como inasistencia de alumnos y falta de cooperación por parte de algunos padres de familia, se optó por eliminar los cuestionarios y exámenes que resultaron incompletos quedando un total de 443 niños: 85 niños y 143 niñas haciendo un total de 228 ni-

ños de la escuela urbana, 96 niños y 119 niñas haciendo un total de 215 niños de la escuela rural.

TABLAS

- Tabla # 1. Representa el número y porcentaje de niños con hábitos orales y los que no presentaron.
- Tabla # 2. Representa el número y porcentaje de cada hábito en la población urbana.
- Tabla # 3. Representa el número y porcentaje de cada hábito en la población rural.

GRAFICAS.

- Gráfica # 1. Corresponde al porcentaje de niños con hábitos y los que no presentaron.
- Gráfica # 2. Representa el porcentaje de incidencia de hábitos bucales y asociados en niños y niñas de la escuela urbana.
- Gráfica # 3. Representa el porcentaje de incidencia de hábitos bucales y asociados en niños y niñas de la escuela rural.
- Gráfica # 4. Este tipo de gráfica lineal representa la comparación del porcentaje de incidencia de hábitos bucales y asociados entre la escuela urbana y rural.
- Gráfica # 5. Representa el porcentaje de incidencia de maloclusiones observadas en los niños de la escuela urbana.

Gráfica # 6. Representa el porcentaje de incidencia de oclusiones observadas en los niños de la escuela rural.

Gráfica # 7. Representa el porcentaje de incidencia de abrasión tanto en la escuela rural como en la urbana.

Nota: De los 422 niños que fueron seleccionados para el estudio se eliminaron aquellos que no presentaban ningún hábito bucal de las tablas y gráficas correspondientes al porcentaje de incidencia de maloclusión de abrasión para obtener una mayor veracidad de los datos se podrían ver alterados por las maloclusiones existentes en niños sin hábitos quedando de 82 niños y 135 niñas de la escuela urbana y 115 niñas de la escuela rural.

Tabla de incidencia de hábitos orales en población infantil.		
ESCUELA URBANA	CANTIDAD	PORCENTAJE
Niños:		
Sin hábitos	3	3.6%
Con hábitos	82	96.4%
Total:	85	100 %
Niñas:		
Sin hábitos	8	5.9%
Con hábitos	135	94.1%
Total:	143	100 %
ESCUELA RURAL	CANTIDAD	PORCENTAJE
Niños:		
Sin hábitos	6	6.6%
Con hábitos	90	93.4%
Total:	96	100 %
Niñas:		
Sin hábitos	4	3.5%
Con hábitos	115	96.5%
Total:	119	100 %

Tabla # 1

Tabla de porcentaje de hábitos bucales y asociados en población infantil - - Escuela Urbana				
HABITOS	CANTIDAD		PORCENTAJE	
	Niños	Niñas	Niños	Niñas
Succión del Pulgar	8	17	9,7%	12,6%
Succión de Otros Dedos	12	13	14,6%	9,6%
Succión de Chupetes y Mamilas	5	17	6,1%	6,1%
Succión de Carrillos	12	20	14,6%	14,6%
Succión Labial	32	41	39,0%	30,4%
Deglución	19	29	23,2%	21,5%
Automutilación	1	1	1,2%	,7%
Imitación	6	7	7,3%	5,2%
Empuje de Frenillo	0	0	0 %	0 %
Lengua Protáctil	17	28	20,7%	20,7%
Ceseo	8	5	9,8%	3,7%
Respiración Bucal	22	21	26,8%	15,5%
Onicofagia	5	14	6,1%	10,4%
Morder Cuerpos Extraños	20	34	24,4%	25,2%
Bruxismo	10	14	12,2%	10,4%
Hdbitos de Posición	8	14	9,7%	10,4%
HABITOS ASOCIADOS				
Mesarse los Cabellos	5	10	6,1%	7,4%
Tirarse de la Oreja	2	5	2,4%	3,7%
Hurgarse la Nariz	12	13	14,6%	9,6%
Acariciar Frazadas	4	16	4,9%	11,8%

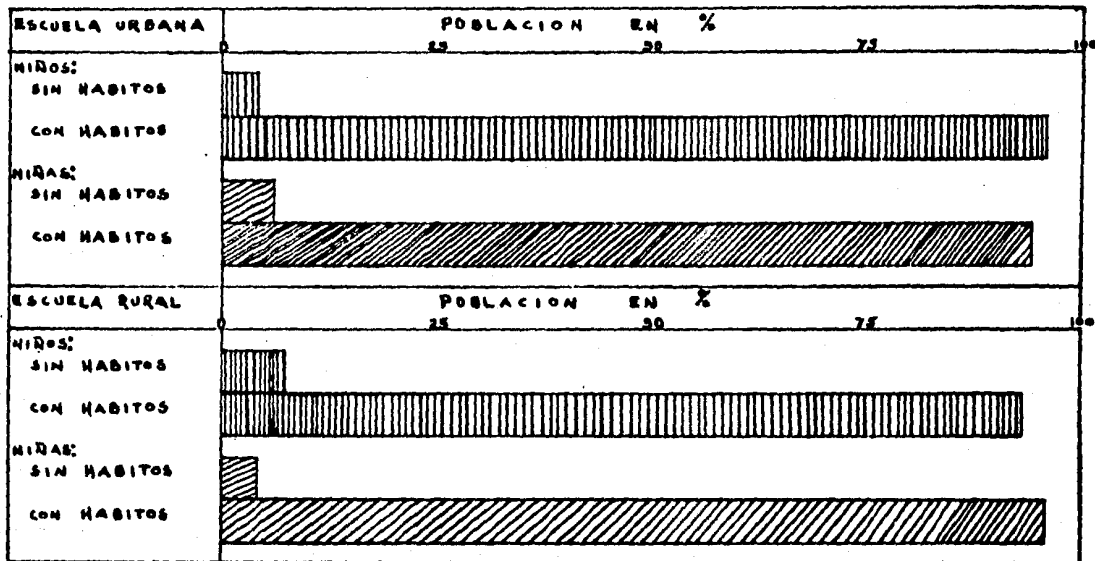
Tabla # 2

Tabla de porcentajes de hábitos bucales u asociados en población infantil				
Escuela Rural.				
HABITOS	CANTIDAD		PORCENTAJE	
	Niños	Niñas	Niños	Niñas
Succión del Pulgar	8	16	8.9%	13.9%
Succión de Otros Dedos	24	29	26.6%	25.2%
Succión de Chupetes u Mamilas	12	13	13.3%	11.3%
Succión de Carrillos	12	14	13.3%	12.1%
Succión Labial	30	32	33.3%	27.8%
Dealución	20	19	22.2%	16.5%
Automutilación	1	2	1.1%	1.7%
Imitación	3	3	3.3%	2.6%
Empuje de Frenillo	3	0	3.3%	0 %
Lengua Protáctil	22	46	24.4%	40.0%
Ceseo	4	7	4.4%	6.0%
Respiración Bucal	18	25	20.0%	21.7%
Onicofagia	4	9	4.4%	7.8%
Morder Cuerpos Extraños	18	28	20.0%	24.3%
Bruxismo	18	20	20.0%	17.3%
Hábitos de Posición.	17	12	18.9%	10.4%
HABITOS ASOCIADOS				
Mescarse los Cabellos	4	13	4.4%	11.3%
Tirarse de la Oreja	7	8	7.8%	6.9%
Hurgarse la Nariz	11	12	12.2%	10.4%
Acariciar Frazadas	12	16	13.3%	13.9%

Tabla # 3

GRAFICA GENERAL DE INCIDENCIA DE HABITOS EN POBLACION INFANTIL

SEXO:  MASCULINO  FEMENINO



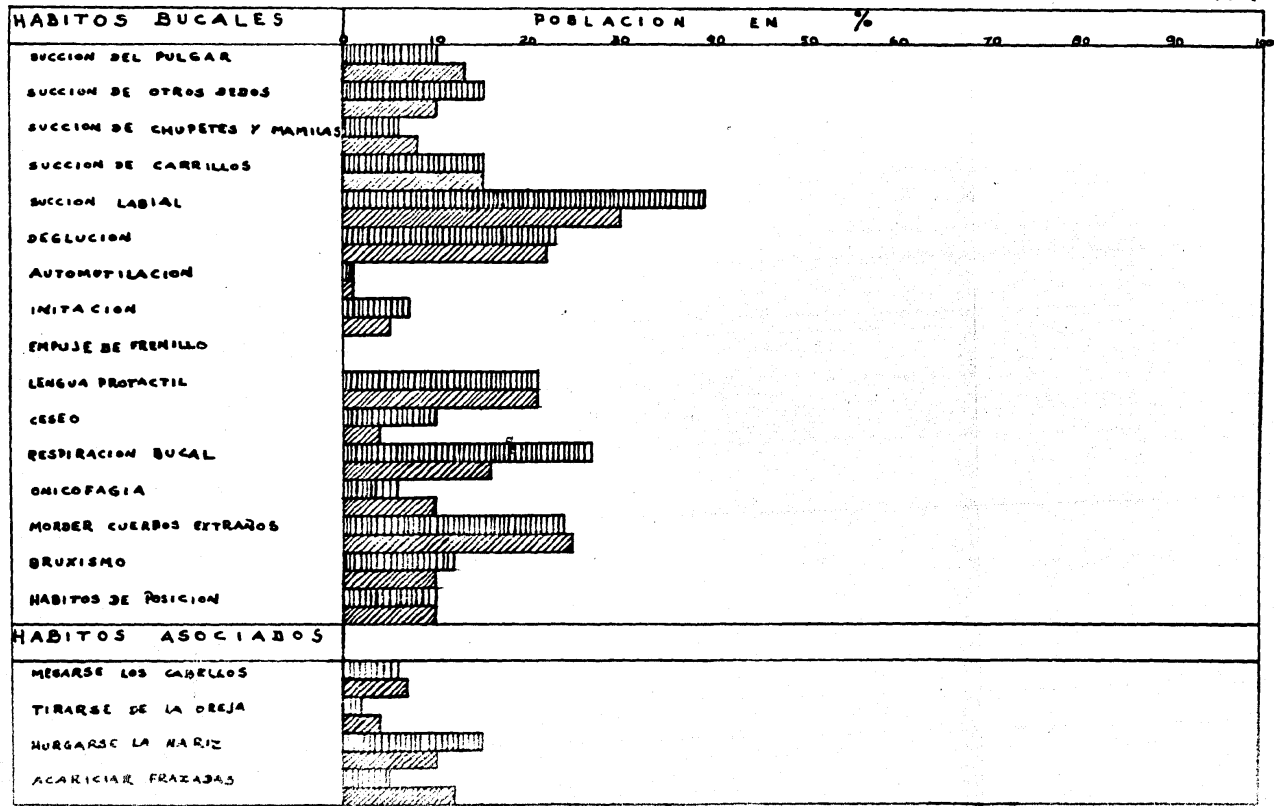
GRAFICA # 1

GRAFICA DE HABITOS BUCALES Y ASOCIADOS EN POBLACION INFANTIL



SEXO:  MASCULINO  FEMENINO

ESCUELA: URBANA

GRAFICA #2

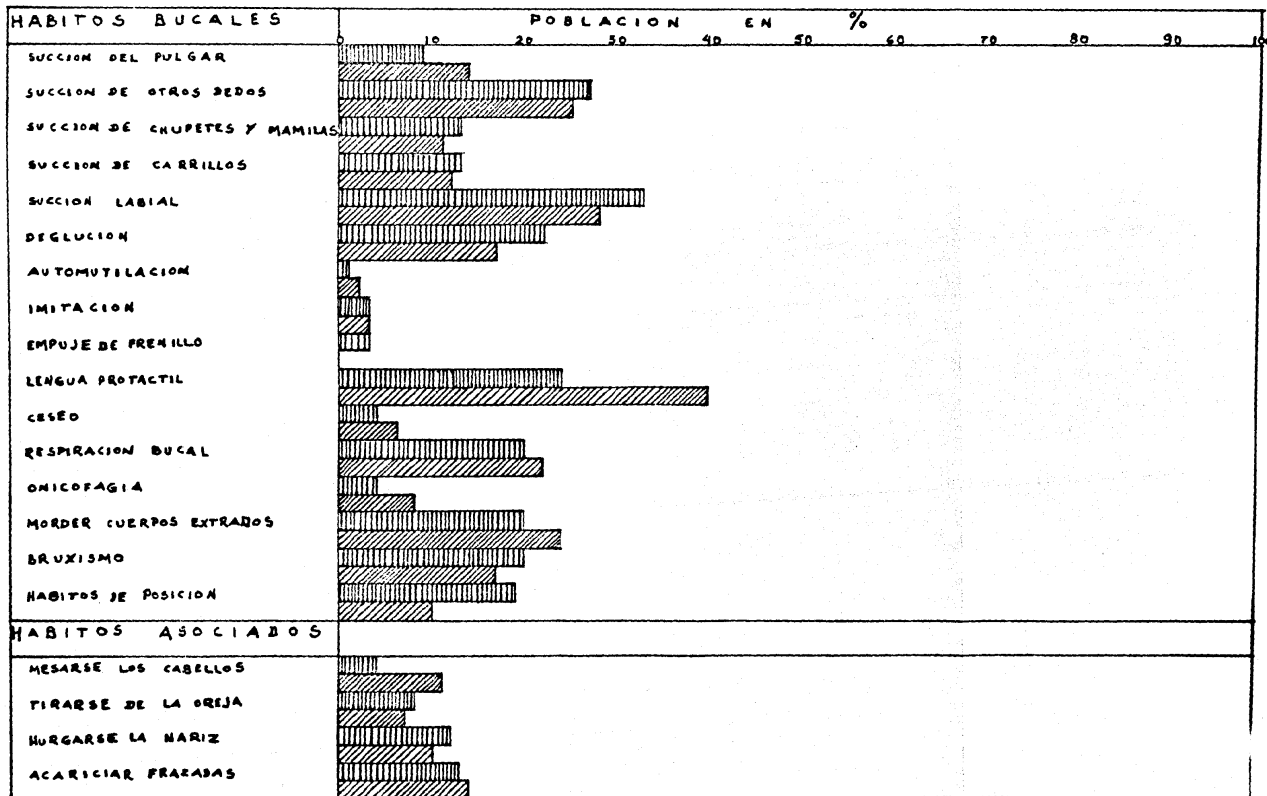


GRAFICA DE HABITOS BUCALES Y ASOCIADOS EN POBLACION INFANTIL

SEXO:  MASCULINO  FEMENINO

ESCUELA: RURAL

GRAFICA #3

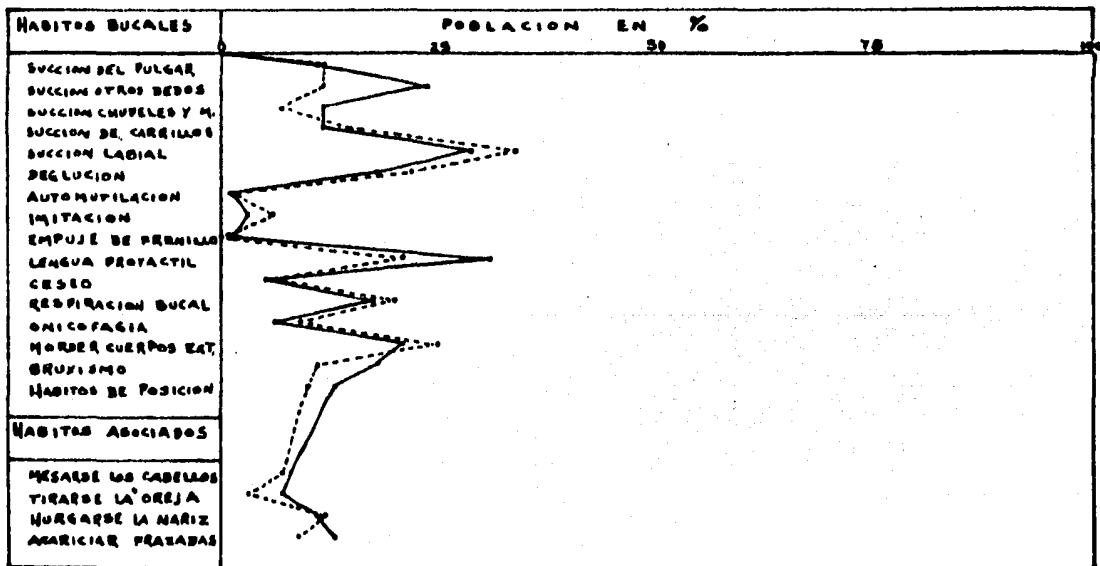


GRAFICA COMPARATIVA DE INCIDENCIA DE HABITOS EN POBLACION INFANTIL EN:

ESCUELA: — URBANA - - - - RURAL



POBLACION TOTAL

AMBOS SEXOS

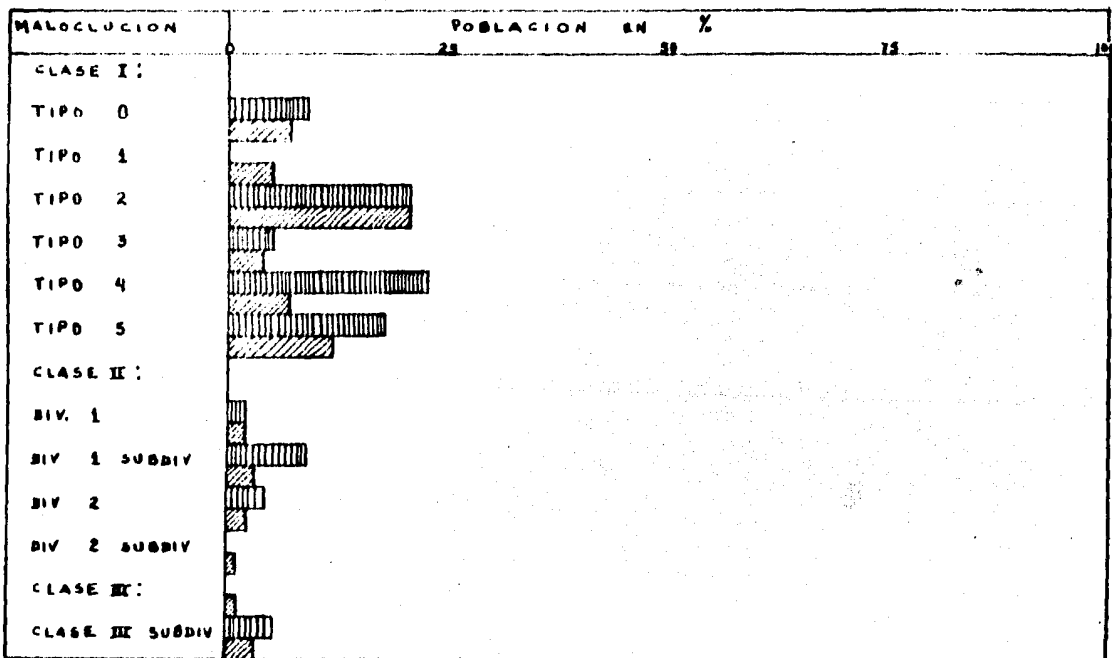


GRAFICA # 4

GRAFICA DE INCIDENCIA DE MALOCLUCIONES



SEXO:  MASCULINO  FEMENINO

ESCUELA: URBANA

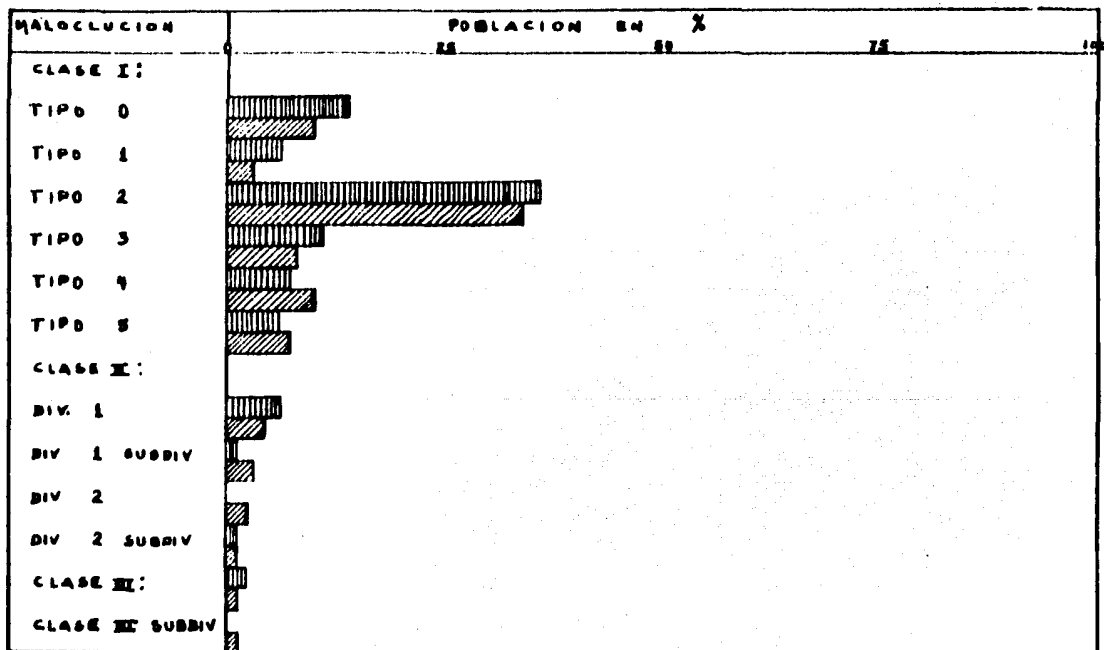


GRAFICA #5

GRAFICA DE INCIDENCIA DE MALOCLUCIONES

SEXO:  MASCULINO  FEMENINO

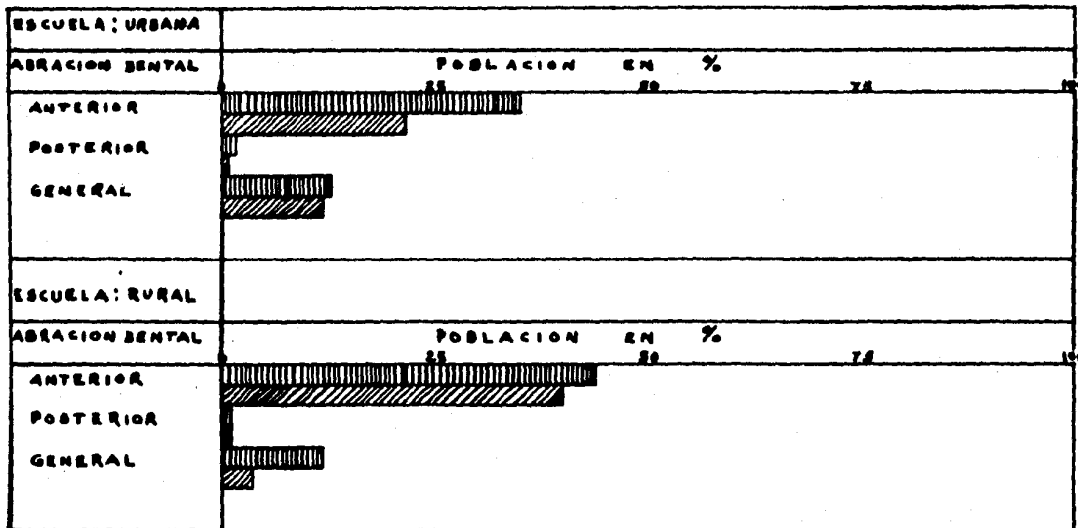
ESCUELA: RURAL



GRAFICA # 6

GRAFICA DE ABRACION DENTAL EN POBLACION INFANTIL

SEXO:  MASCULINO  FEMENINO



GRAFICA N° 7

CAPITULO IV
CONCLUSIONES
Y
SUGERENCIAS

Una vez obtenidos los resultados de la investigación se concluye que la duración, frecuencia e intensidad del hábito deberán ser evaluados antes - de poder contestar la pregunta acerca de la extensión de los daños a dientes y tejidos de revestimiento. La morfología inicial y el patrón dentofacial inherente condicionan aún más cualquier predicción de la oclusión final.

Por otra parte se pudo observar que el medio ambiente rural y urbano no influyen de manera significativa en la -- instalación de hábitos bucales.

De los estudios existentes sobre la incidencia de hábitos orales se observó que las opiniones se encuentran divididas considerando algunos que la deglución anormal es el - hábito más practicado, en tanto que otros afirman que es la succión digital y en el grupo restante algunos se inclinan -- por la succión labial, otros por la respiración bucal y -- otros por la lengua protáctil.

En nuestro estudio realizado en la escuela urbana se -

encontró un mayor porcentaje en el hábito de lengua protactil, seguido por la succión labial y en tercer lugar se encuentra la succión digital, en la escuela rural el hábito de mayor incidencia fue la succión labial, seguida por la mordedura de cuerpos extraños y a continuación la deglución anormal. En general los hábitos asociados se producen en un porcentaje no mayor al 15%.

En general el hábito de mayor incidencia fue la succión labial y consideramos que esto se debe a que este hábito por un lado suele ser el resultado de la predisposición genética a una sobremordida horizontal, con lo que se tiende a colocar el labio por detrás de los incisivos superiores y por adelante de los inferiores, y por otra parte este hábito es considerado por muchos autores como un sustituto de la succión digital mayormente practicado en los tres primeros años de vida.

En el estudio el 80% presentó algún tipo de maloclusión Clase I, siendo el de mayor incidencia la maloclusión Clase I, Tipo 2, lo cual puede ser atribuido a que se considere como factor causal de dicha maloclusión a los hábitos de deglución, posición lingual inadecuada, hábitos de succión, principalmente la succión labial, que tuvieron mayor porcentaje de incidencia, aunado esto a la existencia de una elevada frecuencia, duración e intensidad y a la predisposición genética a la maloclusión.

Se encontró mayor incidencia de abrasión dental anterior, debido a que los dientes anteriores son los primeros en erupcionar y por lo tanto a la edad promedio de 5 años se encuentran desgastados los mamelones, además puede ser atribuida a la existencia de bruxismo encontrándose en algunos casos asociado a la mordedura de cuerpos extraños.

Por otra parte se observó un mayor porcentaje de abrasión en la escuela rural, que es atribuido al tipo de alimentación de consistencia más dura, ya que la población urbana ingiere cada vez más alimentos procesados.

En un estudio realizado por el Dr. Samuel Rajunov en la Ciudad de México, se encontró un 32% de tratamientos con aparatología fija y removible, en contraposición a esto nosotros no encontramos ningún tipo de terapia intrabucal, existiendo solamente un 10% de terapia psicológica en el medio urbano.

En general se encontró un bajo conocimiento sobre la significación de los hábitos por parte de los padres de familia en la escuela urbana, en tanto que en la escuela rural el conocimiento fue nulo. Después de las pláticas sobre el tema se logró despertar el interés por la situación en un 30% de los padres de familia de la escuela urbana en tanto que el restante permaneció apático a la problemática manifestándolo con inasistencia, desaprobación a la revisión, etc. En la escuela rural debido al bajo nivel cultural no se logró conscientizar adecuadamente a la población aún después de los esfuerzos realizados por utilizar termi

nología adecuada al nivel socioeconómico de la población. - Se considera que la incidencia de hábitos orales en la población es mayor a lo representado en nuestras estadísticas, debido a que los adultos ignoraban la presencia de hábitos en sus hijos por lo que refirieron que no los presentaban o solamente tenían algunos de ellos.

Por todas las razones anteriores es deber del odontólogo hacer consciente a la población de los daños degenerativos que pueden ocasionar los hábitos, ya que el poder ser interceptados éstos a temprana edad, podremos evitar empeorar malas relaciones esqueléticas ya existentes, así como la formación de nuevos hábitos.

B I B L I O G R A F I A

- 1.- AMERICAN DENTAL ASSOCIATION, *The Journal of the "The Bruxing by Habit Change"*
Vol. 93, Pte. 1, Núm. 1-3, 1976.
- 2.- ANDERSON G., M.
Ortodoncia Práctica
Ed. Mundi, Buenos Aires, 1973.
- 3.- ARANA, FEDERICO.
Método Experimental para Principiantes
Ed. Joaquín Mortiz, México, 1982.
- 4.- ASOCIACION DENTAL MEXICANA, *Revista Oficial de la "Análisis de los Hábitos Orales"*
Cheirif Berkstein, Simón.
Vo. XXXVII, Núm. 2, Marzo-Abril, 1980.
- 5.- ASOCIACION DENTAL MEXICANA, *Revista Oficial de la "Prevención y Tratamiento del Hábito de Chuparse los Dedos"*
Vol. XXII, Núm. 5, 1965.
- 6.- ASOCIACION DENTAL MEXICANA, *Revista Oficial de la "Succión del Pulgar"*
Aguilar Garcés, Gerardo
Vol. XXXVI, Núm. 4, Julio-Agosto, 1979
- 7.- BAENA PAZ, GUILLERMINA.
Instrumentos de Investigación
Editores Mexicanos Unidos, S. A., México, 1981

- 8.- BERESFORD, J. S.
Ortodoncia Actualizada
Ed. Mundi, Buenos Aires, 1972
- 9.- CINOTTI, WILLIAM R.
Psicología Aplicada en la Odontología
Ed. Mundi, Buenos Aires, 1970
- 10.- CLARKSON, PATRICK.
Ortopedia Funcional de los Maxilares
Ed. Mundi, Buenos Aires, 1979
- 11.- CLINICAS ODONTOLÓGICAS DE NORTEAMERICA.
Principios para Guiar una Dentición en Desarrollo
Ed. Interamericana, Vol. 4, 1979.
- 12.- CHATEAU.
Tratado de Ortodoncia
Ed. Artes Gráficas, Madrid, 1954
- 13.- CHOEN, M.
Odontología Pediátrica
Ed. Mundi, Buenos Aires, 1957
- 14.- FINN, SIDNEY B.
Odontología Pediátrica
Ed. Interamericana, 1981.
- 15.- GLICKMAN, IRVING.
Periodontología Clínica
Ed. Interamericana, 1982.

- 16.- GRABER T. M.
Ortodoncia Teoría y Práctica
Ed. Interamericana, 1974.
- 17.- HIRSCHFELD, LEONARD.
Pequeños Movimientos Dentarios en Odontología General
Ed. Mundi, Buenos Aires, 1969.
- 18.- HOTZ, RUDOLF.
Ortodoncia en la Práctica Diaria.
Ed. Científico Médica, 1974.
- 19.- LUNDSTROM, ANDERS.
Introducción a la Ortodoncia.
Ed. Mundi, Buenos Aires, 1971
- 20.- MC. DONALD, RALPH.
Odontología para el Niño y el Adolescente.
Ed. Mundi, Buenos Aires, 1975
- 21.- MOYERS, ROBERT E.
Manual de Ortodoncia
Ed. Mundi, Buenos Aires, 1976.
- 22.- O'BRIEN, RICHARD C.
Radiología Dental
Ed. Interamericana, 1976.
- 23.- OYARZABAL.
Odontopediatria.
Ed. Mundi, Buenos Aires.

- 24.- RAMFJORD, SIGURD P.
Oclusión
Ed. Interamericana, 1972.
- 25.- SIM, YOSEPH M.
Movimientos Dentarios Menores en Niños
Ed. Mundi, Buenos Aires, 1980.
- 26.- SPIEGEL, MURRAY R.
Estadística.
Ed. Mc Graw-Hill, México, 1970.
- 27.- STERN, IRVING B.
Periodoncia
Ed. Interamericana, México, 1980.
- 28.- TENEMBAUM, LEON.
Odontopediatría, Ortodoncia, Terapéutica. Vol. 5.
Ed. Mundi, Buenos Aires.
- 29.- WHILE, T.C.
Manual de Ortodoncia
Ed. Mundi, Buenos Aires, 1958.
- 30.- ZWEMER, THOMAS J.
Los Sistemas en Ortodoncia
Clínicas Odontológicas de Norteamérica.
Ed. Interamericana, México, 1976.